UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 2

L'ENFANCE INADAPTÉE EN MILIEU SCOLAIRE

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en janvier 1961

PAR

Monique DELPRAT née GRILLET

Membres du Jury

MM.	SOREL	Président
	GÉRAUD	
	BARDIER	Assesseurs
	PASQUIÉ	
	RIBAUT	Suppléant

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6

1961

L'enfance inadaptée en milieu scolaire

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546524_0086

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 2

L'ENFANCE INADAPTÉE EN MILIEU SCOLAIRE

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement en janvier 1961

PAR

Monique DELPRAT née GRILLET

Membres du Jury

MM. SOREL	*Président*	
GÉRAUD		*Assesseurs*
BARDIER		
PASQUIÉ		
RIBAUT	*Suppléant*	

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6
—
1961

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. LAZORTHES.
ASSESSEUR	CAUJOLLE.
Doyens honoraires	GORSE, CALVET, LEFEBVRE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. VALLOIS.	MM. RIBAUT.
CLERMONT.	NANTA.
DUCUING.	TAPIE.
	BRUSTIER.

SECTION MÉDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. MÉRIEL. GADRAT.
Clinique chirurgicale et Gynécologie	FABRE (P.).
Clinique chirurgicale et du Cancer	GRIMOUD.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	VIRENQUE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX.
Clinique des maladies de la Tuberculose et Pathologie interne.	MOREL.
Clinique des maladies des Voies urinaires	N...
Clinique médicale infantile et Puériculture	SOREL (R.).
Clinique de Neurologie et Psychiatrie	RISER.
Clinique obstétricale	GUILHEM.
Clinique Odonto-Stomatologie	CADENAT (E.).
Clinique Ophtalmologique	CALMETTES.
Clinique O.R.L. et de Chirurgie maxillo-faciale	CALVET.
Clinique traumatologique des membres	RIEUNAU.
Accouchement et Obstétricie sociale	PONTONNIER.
Anatomie	LAZORTHES.
Anatomie appliquée	POULHÈS.
Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Bactériologie, Hygiène, Médecine sociale	ANDRIEU.
Chimie biologique	VALDIGUIÉ (P.).
Electroradiologie	MARQUÈS.
Embryologie	BROUSSY.
Histologie	BIMES.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	DARNAUD.
Médecine légale et du Travail	PLANQUES.
Médecine Sociale	BOUNHOURE.
Parasitologie	BOUISSET.
Pathologie chirurgicale	N...
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Physico-Chimie	AUVERGNAT.
Physiologie	SOULA.
Physiologie appliquée et Parmacologie	BAISSET.
Physique biologique et médicale.	BUGNARD.
Propédeutique médicale	GÉRAUD.
Thérapeutique	DARDENNE.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie comparée	MM. COULOUMA.
Pathologie médicale	LAPORTE (J.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Bactériologie	Mme ENJALBERT.
Physiologie	MM. LAPORTE (Y.).
Chimie médicale	DOUSTE-BLAZY.
Physique médicale	BRU.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Histologie	MM. PLANEL.
Physiologie.	MONTASTRUC.
Anatomie pathologique	BOUISSOU.
Parasitologie	RUFFIÉ (J.).

AGRÉGÉS

Pathologie médicale	MM. N... RIBAUT. MONNIER. DELAUDE. CALAZEL.
Pathologie chirurgicale	ANJALBERT. FICAT. PASQUIÉ. SOUQUET.
Médecine légale et Médecine du Travail	GRÈZE-RUEFF.
Obstétrique.	N...
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.
Pédiâtrie et Puériculture	BARDIER (A.).
Stomatologie	CADENAT (H.).
Urologie	LHEZ.
Rhumatologie	RUFFIÉ (R.).

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Chimie analytique, toxicologie et Hygiène Industrielle	MM. N...
Pharmacie chimique et Pharmacodynamie	CAUJOLLE.
Histoire naturelle	DELAS.
Matière médicale	VINCENT.
Chimie Pharmaceutique	BLANC.
Botanique et Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU.
Pharmacie galénique	M. STANISLAS.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	M. COUTURIER.

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Sciences appliquées et toxicologie	M. BOURBON.
Sciences naturelles	Mlle MEYNIER. M. ROUX.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Sciences naturelles	MM. BREUILLAUD.
Sciences physiques	PITET.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	M. ROCHE.
Secrétaire	Mme LAFFONT.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND SOREL

Professeur de Clinique Médicale Infantile et de Puériculture
Chevalier de la Légion d'Honneur

Votre enseignement et votre exemple ont profondément marqué notre formation médicale.

Permettez-nous de vous dédier ce travail en gage de notre profonde reconnaissance et de notre respectueuse fidélité.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GÉRAUD

Professeur de Propédeutique Médicale
Médecin des Hôpitaux
Membre titulaire de la Société Française de Neurologie

Il nous a fait l'honneur de juger notre travail et de nous encourager dans l'élaboration de celui-ci.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRÉ BARDIER

Professeur Agrégé de Pédiâtrie et Puériculture
Médecin des Hôpitaux

Il nous a fait bénéficier de sa grande expérience en pathologie infantile. Ses conseils et ses encouragements nous ont été très précieux dans l'élaboration de ce travail.

Qu'il reçoive ici nos remerciements et l'assurance de notre profonde reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PASQUIÉ

Professeur Agrégé de Pathologie Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

dont les clairs et vivants enseignements nous ont initiée aux difficultés de la pathologie infantile.

Nous tenons à lui témoigner notre vive gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIBAUT

Professeur Agrégé de Pathologie Médicale

En le remerciant pour l'honneur qu'il nous a fait en siégeant à notre jury de thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES RUFFIÉ

Professeur Agrégé à la Faculté
Directeur Adjoint du C.R.T.S.
Docteur ès Sciences
Médaille Militaire

Vous nous avez ouvert les portes de votre service avec la plus grande bienveillance.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FIMBEL

Médecin Inspecteur Régional d'Hygiène Scolaire et Universitaire
de l'Académie de Toulouse
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse. Son aide, ses conseils, ses encouragements nous ont été très précieux pour mener à bonne fin notre modeste travail.

Nous sommes heureuse de pouvoir aujourd'hui lui exprimer nos profonds remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRÈZE-RUEFF

Professeur Agrégé à la Faculté
Assistant des Hôpitaux

En reconnaissance profonde pour l'enseignement précieux que nous avons reçu de lui.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

A MES MAITRES ET AMIS DU C.R.T.S.

A TOUS MES AMIS

Introduction

Il fut un temps qui n'est pas encore lointain où l'on désignait par « anormaux » *des enfants que l'insuffisance de leurs capacités intellectuelles ou leurs troubles affectifs de quelque origine soient-ils, rendaient incapables de satisfaire aux règles qui régissent les divers milieux dans lesquels ils doivent vivre : la famille, l'école, et plus tard la société.*

Mais cette expression, trop dure à énoncer devant les parents est actuellement unanimement rejetée.

De nombreux termes ont été proposés : « déséquilibrés », « dysharmonieux », « enfants déficients en danger moral », et enfin, « enfants irréguliers » adopté par le Professeur Dechaume et l'école Lyonnaise.

Nous emploierons la formule généralement admise et nous parlerons d' « Enfance inadaptée ».

Nous en arrivons ainsi à définir l'enfant adapté, c'est-à-dire ce que nous concevons comme un enfant normal.

Un enfant ne peut être considéré comme normal que s'il a réagi normalement aux conditions toujours nouvelles de son existence; que s'il est intégré sans trop de heurts dans ses milieux successifs : famille, école, atelier, etc...

Donc, en reprenant la pensée du Professeur Heuyer, le seul critère de la normalité est la possibilité d'une bonne adaptation.

Quelles sont ses différentes étapes et quel est son mécanisme?

Après la symbiose mère-enfant des deux ou trois premières années, le tout petit entre en contact avec son premier milieu : la famille. *Celle-ci comporte le père et la mère avec la discipline imposée. Comment l'enfant réagira-t-il devant eux? Différemment suivant ses dispositions héréditaires ou acquises; il se soumettra ou refusera de le faire suivant ses préférences, l'identification qu'il fait de lui-même avec son père ou sa mère. Il lui faudra aussi compter désormais avec les frères et sœurs et l'adaptation ne se fait pas sans conflits affectifs. La réaction d'opposition est normale, elle est même nécessaire pour la for-*

mation du caractère. Mais si l'enfant est porteur d'une lourde hérédité, d'une séquelle encéphalitique, etc..., ces phénomènes prendront une intensité nettement pathologique.

L'école est une étape nouvelle pour l'enfant. C'est au contact de ses camarades, beaucoup plus qu'à celui de ses frères et sœurs que l'écolier prendra conscience de lui-même, s'individualisera en temps qu'être social. Comment réagira-t-il à la discipline imposée par le maître, à l'intégration au groupe, à l'ambiance et au rythme particulier de la classe? Les impératifs catégoriques de l'éducateur peuvent être semblables à ceux du père et entraîner les mêmes réactions d'opposition; ils peuvent être opposés et entraîner un conflit psycho-affectif chez l'enfant.

Or, école et famille, *ces deux milieux où l'enfant vit simultanément dans une même journée ne sont pas totalement séparés : l'enfant est-il accepté dans l'un, bien adapté, il a de fortes chances pour l'être dans l'autre, mais ce fait n'est pas absolu.*

L'école est en cela un milieu d'étude de choix : c'est en classe que l'enfant laissera transparaître ses conflits personnels.

Troubles du comportement et baisse du rendement scolaire seront une véritable sonnette d'alarme *pour un éducateur averti et par lui, pour le médecin.*

Mais le médecin d'Hygiène scolaire a-t-il un rôle à jouer dans ce domaine particulier?

Cette question, longtemps controversée est actuellement résolue.

La médecine contemporaine ne cesse de souligner l'interréaction constante entre l'intellect, l'affectivité et l'état physiologique de l'individu. Ceci se vérifie à tout coup chez l'enfant : un enfant malheureux, mal nourri ou moralement abandonné, ne peut en aucun cas être un enfant bien portant. Un handicapé moteur, un déficient sensoriel, ne pourront, malgré tout leur courage et leur bonne volonté, réaliser dans des conditions normales, la totalité des performances qu'ils auraient souhaitées.

Dès lors, comment le médecin scolaire pourrait-il se désintéresser des influences sociales et psychologiques qui sont à la source de tant de troubles, sous le prétexte que, n'étant pas du domaine purement médical, elles échappent à sa responsabilité? Par ailleurs, pour que son rôle soit valable et son action efficace, il doit savoir se faire accepter par l'éducateur. Il est certain qu'il intéressera autant le maître, sinon plus si, extrapolant ses fonctions traditionnelles, il essaie de comprendre avec lui, les troubles du langage ou de l'écriture de tel enfant, l'instabilité et les colères de tel autre, la signification des fugues d'un troisième.

Ce rôle du médecin d'Hygiène scolaire, trop peu connu encore, surtout parmi les membres du corps enseignant, nous allons l'aborder ici et nous tenterons une mise au point du problème de l'enfance inadaptée.

Nous adopterons le plan suivant :

Dans notre première partie, *nous évoquerons ce que pouvait être la création d'un service d'Hygiène scolaire au sortir de la seconde guerre mondiale : ses difficultés et pourtant ses réalisations au point de vue dépistage, prévention et enfin sous l'angle de l'éducation sanitaire et sociale.*

Cet énorme travail accompli, le Service d'Hygiène Scolaire le devait à l'étroite collaboration, à la recherche d'une confiance réciproque entre divers membres œuvrant dans un but commun : l'épanouissement harmonieux de l'enfant.

Le but de notre second chapitre *sera de montrer que l'une des conséquences essentielles de ce travail en équipe constitué par le médecin, l'assistante sociale, les éducateurs, les psychologues scolaires, les autorités administratives de l'Education Nationale et les médecins traitants éventuellement, a été la mise à jour d'observations nouvelles posant des problèmes nouveaux dépassant largement le cadre médical pour aller dans le cadre social et familial.*

Nous tenterons ensuite *un essai de mise au point* des causes de l'inadaptation dans le milieu scolaire. *Pour la clarté de l'exposé, nous les classerons en deux grands chapitres :*

1. *INADAPTATION D'ORIGINE* INTRINSEQUE
   - *— d'ordre physiologique*
   - *— d'ordre psychique*

2. *INADAPTATIONS D'ORIGINE* EXTRINSEQUE
   - *— rôle du milieu familial*
   - *— rôle du milieu scolaire*

Notre dernière partie *sera consacrée à l'étude du côté pratique de l'orientation actuelle du Service d'Hygiène Scolaire, attitude dictée par l'augmentation considérable du nombre des cas d'inadaptation scolaire.*

PREMIERE PARTIE

Médecine scolaire traditionnelle 1945-1955

La *Révolution française* de 1789 avait déjà prévu un décret au sujet de l'Instruction Publique : en effet, le projet Lakanal disait en substance : « Des officiers de santé visiteront dans les quatre saisons de l'année, les élèves des écoles nationales et leur indiqueront en général et en particulier, les règles les plus propres à fortifier leur santé. »

Le décret existait, mais la *réalisation fut beaucoup plus laborieuse* car il n'existait ni service centralisé, ni doctrine d'ensemble. C'est pourquoi la fin du XIX^{e} et le début du XX^{e} siècle connurent bien plusieurs initiatives, mais celles-ci furent disséminées, limitées à quelques départements seulement. Les grandes villes en particulier avaient senti en elles le besoin de créer un Service d'Inspection des Ecoles : un de leur souci était la prévention de maladies infectieuses dans des agglomérations où le risque de contagion était grand.

C'est seulement à la fin de la seconde guerre mondiale que le gouvernement provisoire français, alors à Alger, donna son accord pour la *création d'un Service National centré sur le Ministère chargé de l'Enseignement.*

Pourquoi la création d'un tel Service?

Parce que le Service de Santé Scolaire et Universitaire répondait à une double nécessité : —

— La France venait de vivre des heures douloureuses, la guerre avait entraîné des bouleversements sociaux et économiques; on ne comptait plus les orphelins, les enfants abandonnés, les foyers disloqués ou déracinés, la misère partout présente.

— Par ailleurs, le milieu, si important dans la genèse des maladies, avait subi au début du XX^{e} siècle une métamorphose telle qu'elle posait une foule de problèmes nouveaux.

L'industrialisation tous les jours plus intensive avait dépeuplé les campagnes et drainé vers les usines les paysans soucieux d'un gain plus assuré. Le rythme de la vie s'est sans cesse accéléré; la mère de famille s'est mise à travailler à l'égal du père.

Tout ce monde ouvrier a dû s'entasser dans des logements étroits et insalubres : le taudis s'est multiplié avec ses deux conséquences : l'alcoolisme et la désunion des foyers.

Qu'est devenu l'enfant dans tout cela?

Privé de la présence de sa mère à un âge où elle lui était nécessaire pour que puisse se faire un développement harmonieux, mal à l'aise dans ces « maisons lapinières modernes » sans jardin ni eau pour s'ébattre, l'enfant fut le plus souvent sous-alimenté, abandonné matériellement ou moralement et rejeté à la rue à la portée de toutes les nuisances.

— Or un autre événement considérable fut la loi *rendant l'instruction obligatoire.*

Un milieu nouveau était créé pour cet enfant : l'école.

L'école, nouveau milieu d'instruction et d'éducation, premier milieu social pour l'enfant qui lui permettrait de se développer harmonieusement et de s'épanouir; milieu aussi par lequel il serait possible d'assurer une surveillance sur sa santé.

En effet, la prise de conscience sociale du monde moderne veut que la santé ne soit plus une affaire purement individuelle mais un lien que l'Etat a le droit et le devoir de protéger.

C'est pourquoi, au terme de la seconde guerre mondiale, la nécessité d'une surveillance médicale des écoles se faisait sentir avec une particulière intensité. Il fallait parer au plus pressé malgré un personnel médical insuffisant et un budget restreint.

QUE PREVOYAIT L'ORDONNANCE DU 18 OCTOBRE 1945?

Elle désirait :

— une *médecine de dépistage* des affections contagieuses et des diverses anomalies somatiques,
— une *médecine de prévention,*
— une *médecine ayant un rôle dans l'éducation sanitaire et sociale.*

1° DEPISTAGE.

Notre but n'est pas de nous étendre ici sur les méthodes employées en pratique scolaire en ce qui concerne le dépistage et la prévention des maladies contagieuses et des divers troubles physiques de l'enfant. Nous n'insisterons pas davantage sur les réalisations obtenues par le Service d'Hygiène Scolaire et Universitaire notamment en matière de dépistage de la tuberculose. Les réalisations ont fait l'objet de nombreuses études et ne sont plus à décrire.

Nous ferons donc un simple tour d'ensemble en insistant sur quelques aspects moins connus ou nouveaux de cette Médecine Scolaire traditionnelle.

1. — *La Tuberculose* constitue encore le problème numéro un des Services d'Hygiène Scolaire. Mais l'évolution de cette affection a considérablement changé ces vingt dernières années. Alors qu'autrefois elle était considérée comme une maladie endémique, actuellement la plupart des enfants arrivent à l'âge adulte sans avoir eu aucun contact avec le Bacille de Kock.

Deux sondages furent entrepris à quarante ans d'intervalle dans les écoles de Lille. En 1910 par Calmettes et Grysez, en 1950 par Gernez-Rieux. La proportion des cutis positives fut la suivante :

AGE	Proportion des enfants ayant une cuti-réaction+	
	1910	1950
Moins d'un an	5,6 %	0,24 %
De 5 à 15 ans.....	77 %	29,14 %
Plus de 15 ans.....	89 %	48,9 %

Le recul de l'endémicité tuberculeuse se traduit dans l'ensemble du pays par la baisse considérable de l'index tuberculénique.

Cependant, paradoxalement à cette tendance générale, on a vu se multiplier depuis quelques années dans certaines écoles des cas de contamination collective. Et cette contamination a pris parfois une allure si explosive et si extensive qu'on a pris l'habitude de les nommer du terme impropre mais évocateur d' « *épidémies scolaires de tuberculose* ».

Comment nous expliquer ces faits?

En Europe, la maladie est revenue à une nouvelle phase de son évolution. Cette phase permet d'envisager une modification profonde de l'épidémiologie de l'infection tuberculeuse qui peut, en quelques générations perdre le caractère endémique auquel nous étions habitués.

Les primo-infections ainsi contractées prennent un caractère particulier comme nous l'ont bien montré les observations relevées par les Services d'Hygiène Scolaire.

— Elles sont groupées dans le temps (délai d'un mois et demi à trois mois).

— La tuberculose se déclare sous une forme aiguë : thyphobacillose, érythème noueux, pleurésie sérofibrineuse. L'évolution est toujours sévère.

— Enfin la proportion d'élèves contaminés est toujours extrêmement élevée : elle atteint toujours 50 %. On a rapporté des proportions de 90 %. Enfin il a pu être démontré que si la vaccination par le BCG est réalisée en même temps que se produit l'une de ces contaminations elle n'augmente ni la fréquence, ni la gravité de la tuberculose qui peut survenir dans les deux ou trois mois suivant la contamination.

Au cours des six dernières années, il a été relevé en France 2.000 cas de tuberculose ainsi contractée. Le plus souvent, la contamination venait d'un membre du corps enseignant.

Or chaque année, le Service d'Hygiène Scolaire dépiste 250.000 primo-infections récentes : la proportion des cas de tuberculose ainsi contractée est donc tout de même infime.

2. — *Les Fièvres éruptives.* L'évolution des idées en matière de dépistage et d'éviction des enfants atteints de fièvres éruptives est nette : Il n'y a pas longtemps encore on essayait d'éviter des épidémies qui, pour n'être point graves la plupart du temps perturbaient quelque peu la scolarité. Actuellement, nous pensons qu'il serait acceptable ou presque de favoriser les épidémies de rougeole, oreillons et rubéole chez les jeunes. Un des problèmes importants se situerait alors dans le dépistage des angines streptococciques : une épidémie est toujours possible et l'on sait tous les risques qu'elle comporte.

3. — *Attitudes vicieuses.* Les attitudes vicieuses sont fréquentes en classe. Seules les scolioses nous intéresseront ici : en effet, il est une notion qui n'est pas encore connue comme il conviendrait, c'est la distinction absolue qu'il existe entre les attitudes scoliotiques et les scolioses dites structurales. Avec Stagnara, nous dirons que :

a) *Les attitudes scoliotiques* sont entièrement réductibles en position couchée. Fréquentes, elles se combinent souvent avec les cypholordoses chez les enfants hyperlaxes.

Au point de vue étiopathogénique nous savons que l'enfant d'âge scolaire est un sujet qui grandit d'où le rôle important de la croissance dans l'apparition et l'évolution de telles attitudes. Cet enfant fatigué dont l'organisme est en état de déficience calcique et d'hypotonie neuro-musculaire sera un terrain propice à la déformation vertébrale.

D'après Scherck, les attitudes scoliotiques peuvent être réparties schématiquement en deux groupes :

— *attitudes de fatigue* visibles en fin de journée : l'élève s'installe plus ou moins de biais sur son siège, dans une attitude fantaisiste : il paraît tassé sur lui-même. Ces attitudes ne sont

pas permanentes et peuvent varier d'un moment à l'autre mais chaque enfant a son attitude habituelle à laquelle il revient toujours inconsciemment;

— *les attitudes d'écriture* : l'enfant retrouve la même attitude défectueuse chaque fois qu'il prend la plume. Un cas particulier est présenté par les enfants des centres d'apprentissage où les attitudes adoptées durant de longues heures d'atelier sont génératrices de déformations vertébrales.

Dans la genèse de ces troubles, il existe des facteurs prédisposants qu'il nous importe de bien connaître : rôle de la vue déficiente, torticolis congénital, adénoïdite; mais aussi rôle du matériel scolaire, formes, dimensions, éclairage : c'est là un point important sur lequel nous reviendrons.

b) Tout différemment, se présentent les *scolioses essentielles* :

Celles-ci ne sont pas réductibles en position couchée et s'accompagnent d'une rotation des épineuses. Elles ne sont pas fréquentes. La plupart des statistiques s'accordent sur un chiffre voisin de 0,2 %.

Une distinction tout aussi rigoureuse doit être faite entre les scolioses en période évolutive, et celles qui ne le sont pas ou qui ne le sont plus : celles-ci ne changent pas d'un examen à l'autre, tandis que pour les premières on peut dresser la courbe d'évolution grâce aux examens successifs.

En ce qui concerne les scolioses essentielles, le travail fondamental de Ponsetti a démontré que la gravité d'une scoliose est fonction :

1° De son type anatomo-radiologique : les scolioses du type dorsal ou dorsolombaires sont de loin les plus sévères.

2° L'âge d'apparition de la déviation : le pronostic de la déformation arrivée au terme de son évolution est d'autant plus grave que la scoliose a été plus précoce.

Or, le caractère fondamental de ces scolioses essentielles est l'aggravation au moment de la poussée de croissance pubertaire.

Notons l'association assez fréquente (20 %) avec les malformations cardio-vasculaires.

L'étude des scolioses essentielles nous montre donc par la gravité de leur pronostic le rôle déterminant que doit jouer le médecin scolaire dans leur dépistage. En effet, si les attitudes scoliotiques se contentent d'un traitement gymnique, quand il s'agit des scolioses essentielles, les thérapeutiques classiques restent la plupart du temps inopérantes et des moyens puissants doivent alors être mis en œuvre.

4. — *Nécessité de l'examen oto-rhino laryngologique systématique* :

Si la nécessité de cet examen n'est plus à démontrer, il nous

faut insister sur le soin que le médecin scolaire est tenu d'y apporter.

Nous savons les retentissements d'un état rhino-pharyngé défectueux : insuffisance respiratoire génératrice d'hypotrophie, retard scolaire des adénoïdiens sans compter que *96 % de ces enfants* accusent *une surdité en puissance* décelable à l'âge adulte et qui aurait pu être facilement évitée grâce à une prophylaxie efficace et à un dépistage précoce.

5. — *Cardiopathies méconnues :*

Les cardiopathies latentes dépistées par l'auscultation au cours des visites systématiques sont plus fréquentes qu'on pourrait le penser au premier abord. Il n'est pas rare d'en relever de multiples exemples dans les rapports des médecins de secteur.

Il est certain que l'interprétation des souffles cardiaques, surtout des souffles systoliques est malaisée. Ils sont très fréquents en période de croissance, et dans les conditions d'examen scolaire il est difficile de retenir leur organicité.

6. — *Les analyses d'urine systématiques :* La recherche systématique de l'albumine et du sucre dans les urines constitue un examen long et fastidieux. Mais les inconvénients peuvent-ils être mis en balance avec la qualité des résultats obtenus : Découverte d'un diabète ou d'une néphropathie susceptible de s'aggraver? Par ailleurs, il a été récemment précisé qu'une analyse d'urine comportant la recherche d'albumine et de sucre est obligatoire chez tous les candidats au concours d'entrée aux Ecoles Normales d'Instituteurs. Une albuminurie supérieure à 0 gr 50 par litre qu'elle soit intermittente ou permanente entraîne l'élimination.

7. — Cette liste n'est pas limitative. En effet le médecin de secteur doit s'astreindre à un examen médical aussi minutieux que possible. Il n'oubliera pas de rechercher en particulier les *ectopies testiculaires* vraies qui doivent être signalées le plus tôt possible afin d'éviter une évolution vers la stérilité. *Les caries de la première molaire* ou « *dent de 6 ans* », souvent confondue avec une dent de lait, doivent être systématiquement signalées. La présence de nombreuses caries tant sur les dents de lait que sur les dents permanentes doit faire suspecter une mauvaise hygiène alimentaire. Les malpositions dentaires, l'atrésie du maxillaire, en créant des troubles de l'articulé, rompent l'équilibre de l'appareil masticateur et favorisent l'apparition de déformations secondaires altérant l'esthétique faciale.

2° LA PREVENTION.

Actuellement, dépister les affections pathologiques ne constitue plus l'un des intérêts principaux du Service d'Hygiène Scolaire. En effet le Professeur Etienne Bernard n'a-t-il pas dit : « Aujourd'hui, éviter les maladies est l'un des buts de la Société; c'est tellement plus simple, plus rapide et plus économique que d'avoir à les traiter! »

Nous voudrions à ce propos insister sur le problème des *vaccinations* qui a entraîné plus d'une controverse.

Le Médecin Scolaire est appelé à contrôler les vaccinations antidiphtériques, antitétaniques et antityphoparathyphoïdiques. Il doit relever chaque année le nom des élèves non vaccinés et qui n'ont pas fourni un certificat de contre-indication. Il doit communiquer les listes au Service Départemental de la Santé : en effet en vertu de l'article 6 du décret du 28 février 1952, l'accès de l'école doit être interdit à ces enfants. Or la non fréquentation scolaire entraîne la suppression des allocations familiales.

Le problème des vaccinations est un problème épineux en matière d'épidémiologie car le Médecin Scolaire n'est pas sans ignorer le peu de crédit que l'on doit accorder parfois à certains certificats de vaccination.

C'est pourquoi certains auteurs insistent sur l'intérêt qu'il y aurait à confier au Médecin de Secteur les vaccinations des enfants d'âge scolaire et notamment le BCG ce qui éviterait, entr'autres, une perte de temps considérable gênant la bonne marche des classes.

3° EDUCATION SANITAIRE ET SOCIALE.

Le Médecin Scolaire se doit de répandre à l'aide d'exemples précis et le plus possible d'actualité des notions sur la nécessité des vaccinations. En cela il doit participer à l'information des parents à l'occasion des réunions de parents d'élèves et au cours de cycles d'études particulières comme il en existe dans quelques académies.

Par ailleurs il se doit d'approfondir des sujets tels que :

— *Hygiène corporelle,* en insistant en particulier sur le besoin en sommeil des enfants de l'école maternelle.
— *Hygiène alimentaire.* Nécessité d'une véritable éducation alimentaire des familles surtout dans le milieu rural. Les parents oublient trop souvent que quantité et qualité sont deux choses différentes et souvent ignorent les principes alimentaires d'un repas équilibré.
— *Nécessité de la pratique de l'Education physique : Besoin d'air et de lumière.*

Certains locaux scolaires ruraux sont encore vétustes et bien souvent insuffisants. L'énorme poussée démographique de l'après-guerre n'est plus en rapport avec le nombre de classes existantes.

Nous n'avons fait qu'esquisser le rôle du Médecin d'Hygiène Scolaire dans ce domaine particulier, nous réservant de le développer de façon plus complète dans la seconde partie de notre exposé. Nous mentionnerons certaines expériences et nous insisterons sur les voies nouvelles qu'elles nous offrent.

EXERCICE DE LA MEDECINE SCOLAIRE

LE TRAVAIL EN EQUIPE.

Le Médecin d'Hygiène Scolaire ne pourrait par lui-même accomplir les diverses tâches que nous venons de passer en revue. En effet, *l'homme seul est voué à l'échec dans tous les domaines :* l'augmentation des effectifs scolaires, l'allongement de la scolarité ainsi que la multiplicité des techniques modernes sans compter la transformation du milieu avec les cas complexes dépistés tous les jours, tout cela entraîne la nécessaire intégration du médecin dans un groupe de travail ou « équipe » travaillant à la réussite d'un même but : l'éducation et la formation humaine de l'enfant.

Mais si le médecin ne peut agir seul, nous ne pouvons que faire ressortir sa *position privilégiée :* il est au centre des divers organismes administratifs, éducatifs et sociaux; vers lui convergent les multiples données relatives à un problème qui lui permettront par la suite d'établir un diagnostic précis.

En pratique, avec qui sera-t-il appelé à collaborer?

1. — *L'ASSISTANTE SOCIALE.*

Il s'agit plutôt d'une « *symbiose* » que d'une collaboration car le Médecin Scolaire fait avant tout de la Médecine Sociale; et l'Assistante Sociale constitue en quelque sorte le *prolongement du Médecin.* C'est elle qui lui présente les cas complexes lors de la visite médicale et qui par la suite permet souvent de les solutionner.

Son rôle empreint de délicatesse lui réserve une place de choix au sein de l'équipe médico-socio-pédagogique.

Que de fois ne doit-elle pas venir à l'aide d'adolescents que la solitude et l'angoisse face à des difficultés grossies poussent au désespoir!

Que de fois son intervention bienfaisante lors d'un conseil de classe évite le renvoi d'un élève!

Elle permet aux membres du corps enseignant, débordés par

l'augmentation toujours croissante des effectifs de mieux comprendre telle apathie ou telle révolte d'un élève, tel mensonge ou telle fugue, telle attitude ou réaction inattendue d'un autre et d'y remédier pour le plus grand bien de l'enfant et de la classe tout entière.

2. — *LES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT.*

La nécessité d'une collaboration entre Médecin et Assistante Sociale parut évidente dès la création du Service de Santé Scolaire. Mais il n'en fut pas de même avec les membres du corps enseignant.

Il y eut longtemps coexistence et non collaboration efficiente. Essayons d'analyser les faits :

Educateurs et Médecins de par leur formation universitaire différente ne sont pas faits au premier abord pour avoir le même angle de vue, la même réaction devant un problème donné.

Les premiers acceptent qu'une visite médicale puisse avoir lieu au sein de leur classe si elle ne gêne pas trop leur emploi du temps mais ne reconnaissent au Médecin aucune compétence en matière d'Education.

Les seconds ne comprennent souvent pas que les Educateurs puissent avoir une opinion sur la santé de leurs élèves et se retranchent derrière le secret médical.

Les obstacles à la collaboration sont le manque de confiance réciproque, le manque de temps, mais aussi, ce défaut (qui est parfois une qualité) bien ancré dans l'esprit de tous les Français : individualisme et goût de l'initiative; chacun a le sentiment de son utilité profonde et du caractère irremplaçable de son travail.

Mais, peu à peu, en présence de cas particuliers, Médecins et Educateurs ont dû se pencher ensemble sur ces problèmes nouveaux, essayer de les expliquer en y apportant chacun leur optique particulière dans le but commun d'arriver à une solution concrète et réalisable.

C'est ainsi que le Médecin a su comprendre l'intérêt des renseignements apportés par un éducateur en contact permanent avec l'enfant, témoin de son travail, de ses jeux, souvent de ses repas.

De son côté, le chef d'établissement a pu lui apporter des renseignements précieux. C'est lui qui reçoit périodiquement les familles, écoute leurs doléances et possède une expérience qui lui permet souvent de se faire une idée juste sur la situation sociale et familiale de tel élève.

Tous deux ont su mettre leurs données en commun afin d'écarter toute solution personnelle incomplète, pour s'attacher à connaître les autres possibilités et trouver la solution d'ensemble qui pourra le mieux trouver sa place dans la complexité de la réalité.

3. — *AUTORITES ADMINISTRATIVES DE L'EDUCATION NATIONALE.*

Le problème est de savoir si l'existence d'un service de Santé au sein du Ministère de l'Education Nationale doit être défendue et quelles sont les conditions de son efficience.

Pour avoir une action réelle, le Service d'Hygiène Scolaire doit appartenir en propre à l'Education Nationale : celle-ci lui confère *l'autorité nécessaire* pour résoudre et mener à bien les problèmes qui se posent dans un établissement scolaire.

L'efficience de son action dépend de l'existence d'une hiérarchie dotée d'une véritable autorité parce qu'émanant de l'autorité d'un seul chef : l'Inspecteur d'Académie représentant à son tour le Ministre de l'Education Nationale.

Cette autorité est nécessaire :

1) Pour l'organisation rapide et efficace des visites médicales.

2) Pour l'application des mesures d'hygiène préventive en collectivité.

Un cas particulier : action sur les parents indifférents ou récalcitrants en vue du bien de l'enfant ou de la protection de la collectivité.

Obs. — Enfants E...

Trois frères et sœurs sont régulièrement absents depuis deux ans pour la cuti-réaction et la visite médicale. La famille ne répond pas aux demandes d'examen radioscopique.

En 1958, à la suite d'une lettre envoyée au nom de l'Inspecteur d'Académie, la famille fait examiner les enfants puis transmet le résultat et accepte désormais la visite médicale scolaire.

3) Enfin, pour le contrôle de la santé des Educateurs : dépistage radiologique, hygiène mentale, contrôle des élèves des Ecoles Normales.

Mais la référence à l'autorité académique n'est pas pour le médecin la seule condition de succès, sa personnalité compte aussi. Il lui faut, pour mener à bien sa tâche, acquérir la connaissance des règles administratives, des structures pédagogiques, savoir observer directement les élèves dans leur milieu scolaire, au contact de leur maître.

Ce complément d'information nécessaire au médecin examinateur scolaire ne peut s'acquérir qu'au contact permanent de l'administration dont les méthodes de travail sont étudiées et adaptées en fonction des problèmes qu'elle se propose de résoudre.

Prenons comme exemple le choix du jour où doit avoir lieu la visite médicale dans un établissement donné.

En toute occasion, le contrôle médical doit s'adapter à l'impératif de l'emploi du temps, à la situation particulière de

chaque établissement. Et souvent des circonstances fortuites peuvent bouleverser un ordre établi à l'avance (Epidémies, examens, congés, maladie des maîtres...)

L'interdépendance du Service de Santé Scolaire et des autres services de l'Inspection académique est telle à l'heure actuelle que l'*action des Médecins et des Assistantes Sociales se trouverait très diminuée et souvent inadaptée si elle n'était réalisée dans le cadre même de l'Education Nationale.*

4. — *SERVICES RATTACHES A L'INSPECTION ACADEMIQUE DU DEPARTEMENT.*

Ces services font souvent appel à la compétence du Médecin Scolaire.

— *Le Service départemental des Colonies de vacances* pour déterminer les élèves prioritaires.

— *Le Service départemental d'Orientation Professionnelle* accorde le plus grand crédit aux observations faites par les Médecins du secteur.

Et c'est ici un des rôles de l'Assistante Sociale d'être en contact permanent avec l'Inspecteur d'Académie, les Services rattachés à l'Education Nationale, les familles, etc... Elle donne ainsi une suite normale à la visite médicale scolaire en mettant en œuvre les divers mécanismes nécessaires à l'obtention d'une solution concrète.

5. — *MEDECINS PRATICIENS.*

Les problèmes de déontologie posés par les rapports entre le Médecin Scolaire et les médecins praticiens sont souvent une source de malentendus et de conflits dus à la *méconnaissance des textes réglementaires.*

Nous pouvons lire dans « Les Directives aux Médecins Scolaires » : « ... *Le contrôle médical scolaire ne saurait être une médecine de qualité médiocre ni une médecine de série...* L'esprit de routine doit être écarté de l'examen de dépistage qui requiert du médecin sagacité et expérience, afin de juger dans un temps bref les aptitudes ou les déficiences de l'élève et orienter d'emblée sa surveillance en vue des examens ultérieurs. »

Les troubles doivent donc être finement appréciés afin d'éviter deux inconvénients majeurs :

D'une part, l'inquiétude des familles pour des troubles sans importance et l'encombrement inutile des salles de consultations spécialisées avec la perte de temps qui en découle;

D'autre part, le défaut contraire : laisser passer des affections pouvant évoluer vers une aggravation possible.

Les directives données par la législation aux Médecins Scolaires précisent bien :

— Que celui-ci *ne doit pas s'immiscer dans le traitement*

des élèves, mais qu'il est habilité par contre à donner, soit de vive voix, soit par l'intermédiaire du « Bulletin de Santé » ou de la « carte-lettre d'avertissement » adressée aux parents à la rubrique « Observations » certains conseils qui ne sont pas des prescriptions thérapeutiques.

— Lorsqu'une anomalie est constatée chez un enfant, le médecin invite les parents à consulter le médecin de leur choix et il doit formellement respecter le libre choix du médecin par la famille.

— Toutefois, lorsqu'il s'agit d'affections relevant nettement du domaine d'une spécialité, le Médecin Scolaire est habilité à demander une consultation par un spécialiste.

Par contre, le Médecin de Secteur de par son appartenance au Ministère de l'Education Nationale, possède une autorité effective pour tous les problèmes médicaux qui touchent en propre à la vie de l'école.

1) Le classement des élèves en deux groupes pour les séances d'Education physique.

En effet, le médecin praticien ne peut connaître les conséquences collectives d'un certificat « d'inaptitude » :

Il arrivait souvent que les classes d'examen de certains établissements secondaires comportaient un pourcentage de 60 à 70 % d'inaptes aux séances de plein air.

2) Le contrôle efficace des vaccinations obligatoires et l'éviction d'élèves contagieux afin que ne se renouvellent plus certains cas de contamination massive.

Il existe d'innombrables exemples dans les dossiers de l'Hygiène Scolaire. Ils posent des problèmes de déontologie particuliers à chacun d'eux.

Obs. — Elève X...

Signalé par le médecin scolaire pour un varicocèle important. Cet enfant est dispensé d'Education physique. Une chute se produit pendant les heures de classe. Le médecin de famille constate un important hématome et envisage d'engager la responsabilité de l'Etablissement.

Un rapport d'enquête établi par le Médecin Scolaire, à la demande du chef d'Etablissement, montre que l'importance de l'hématome n'est pas fonction exclusivement de l'accident, mais doit se rapporter à l'état pathologique pré-existant à l'accident.

Les difficultés existantes peuvent être résolues grâce à une meilleure diffusion par les Conseils de l'Ordre départemental des textes réglementaires définissant les droits et les devoirs des Médecins Scolaires, et, en cas de litige, en faisant appel à ceux qui, dans un domaine déterminé, ont une connaissance et une expérience pratique plus étendue.

DEUXIEME PARTIE

Evolution et orientation nouvelle de la Médecine Scolaire

C'est grâce à ce travail en équipe, à cette aide et cette coopération mutuelle pour un même but que s'est considérablement élargie la portée de la Médecine Scolaire.

La Médecine Scolaire est une *médecine jeune*, et comme toute science jeune, *elle se cherche*. Or, actuellement, il semble qu'elle ait fait un bond en avant.

En effet, la coopération de plus en plus efficace entre :

Médecin de Secteur et Assistante Sociale d'une part,
Médecin et Pédagogues d'autre part,

a permis de mettre à jour des observations nouvelles posant des problèmes nouveaux dépassant largement le cadre médical pour aller dans le cadre familial, social, etc...

C'est ainsi qu'est née la notion de *nécessaire adaptation réciproque* de l'enfant à l'école et de l'école à l'enfant permettant à ce dernier de réaliser toutes ses virtualités.

En effet, la médecine psychosomatique ne cesse de nous rappeler actuellement l'indissociabilité de l'être et du milieu dans lequel il vit, dont il tire sa substance et qui lui imprime sa marque. L'adaptation résulte d'un équilibre harmonieux entre ces deux forces. S'il se rompt, surviennent des troubles très divers autant fonctionnels qu'organiques.

Le problème revêt une *particulière importance chez l'enfant.*

C'est un être qui évolue, *le milieu dans lequel il vit change, l'équilibre adaptatif est sans cesse remis en question.* Pour un certain nombre d'entr'eux, cette adaptation se fera plus ou moins complètement, parfois même pas du tout quelles que soient les mesures médicales, pédagogiques ou sociales que l'on mettra en œuvre.

Partant de ces données, et à la lumière d'observations telles que celles que nous développerons par ailleurs, une *tentative de réforme pratique des méthodes de contrôle médical scolaire*

vient d'être lancée dans un certain nombre de secteurs médico-scolaires de France.

Cette réforme s'inspire des dispositions suivantes (circulaire ministérielle du 21-9-59).

1) Il faut, *d'une part, améliorer la surveillance classique* qui vise essentiellement la santé physique de l'enfant, et pour cela assurer d'une manière effective et régulière les interventions thérapeutiques, pédagogiques, sociales, que nécessitent cet état de santé.

2) Il faut, d'autre part, dépassant les perspectives de la surveillance médicale traditionnelle faire en sorte que l'intervention de l'équipe médico-scolaire soit l'occasion :

— De la mise en évidence de tout ce qui peut empêcher le développement normal, physique et intellectuel de l'enfant.

— De la mise en *œuvre de tous les moyens propres à faciliter le libre développement* soit en agissant sur le milieu scolaire pour l'adapter à l'enfant, soit en agissant sur l'enfant pour l'adapter à l'école.

Les examens médicaux seront donc :

- *Orientés :*

— en ce qui concerne la *santé physique,* vers le dépistage de troubles du développement somatique, des troubles moteurs ou sensoriels et des états pathologiques méconnus,

— en ce qui concerne la *santé mentale,* vers le dépistage de troubles du développement intellectuel et du comportement.

Ces examens doivent être :

- *Répétés* aussi souvent que cela est nécessaire et
- *Complétés* par le déclanchement de toutes les interventions nécessaires : médicales, sociales, ou pédagogiques susceptibles de permettre une action sur l'enfant pour le mieux adapter à l'école.

Cette orientation nouvelle du Service de Santé Scolaire Universitaire *répond à un état de besoin pressant* que les statistiques établies à la suite de l'enquête effectuée en France par le Professeur Heuyer sur le « *Niveau mental des enfants d'âge scolaire* » ont mis en lumière. S'échelonnant de 1943 à 1948, elle permettait déjà de situer le problème et de montrer l'urgence qu'il y avait de prévoir un équipement d'ensemble du pays en écoles spécialisées pour l'enseignement du plus grand nombre possible de ces petits déshérités.

L'enquête montra en effet, qu'il y avait :

— 500.000 enfants inadaptés du fait de troubles intellectuels ou du comportement,
— 120.000 handicapés physiques,
— 60.000 aveugles et la même proportion de sourds,

Or l'originalité de cette enquête résida dans le fait que ses promoteurs voulurent qu'elle fut le reflet de la diversité de la population française mettant ainsi en évidence les influences dues aux divers milieux géographiques, sociaux et familiaux.

Elle démontra successivement les points suivants :

— Le sexe à une très faible influence sur le développement intellectuel de l'enfant.

— Mais, par contre, le milieu d'origine introduit des variations importantes : le niveau intellectuel est au départ beaucoup plus élevé chez les enfants issus de milieux aisés; une prédominance nette se rencontre chez les petits citadins par rapport aux ruraux.

— En considérant la seule constellation familiale, les enfants obtiennent des résultats scolaires d'autant moins bons que le nombre de leurs frères et sœurs est plus élevé.

Or les familles nombreuses se rencontrent le plus souvent dans les milieux ouvriers et modestes.

— Et, fait capital, *le développement intellectuel se fait au même rythme dans toutes les catégories d'enfants, mais ceux qui sont partis d'un niveau plus bas ne comblent jamais le handicap du départ.*

Cette enquête permit, en outre, de vérifier que les maîtres pouvaient porter un jugement assez juste sur la valeur scolaire de leurs élèves, donc de dépister avec une précision acceptable les cas « d'inadaptation scolaire » sans entrer dans la notion étiologique qui appartient au domaine purement médical.

Cette notion a pour nous une grande valeur car l'éducateur est appelé à jouer un rôle prépondérant dans le dépistage des inadaptés.

Par ailleurs, l'emploi et la mise au point à l'occasion de cette enquête du « *test Mosaïque de Gille* » permit de vérifier la valeur de ces affirmations d'une part, la validité du test d'autre part par la concordance des résultats obtenus.

« Le test mosaïque » est un test de développement mental couramment employé en pratique scolaire. Il a l'avantage d'être très rapide, précis et de pouvoir s'appliquer à un grand nombre d'individus; c'est un test collectif, non verbal, composé d'une grande variété d'épreuves pour la plupart employées dans d'autres tests et qui n'ont aucune relation avec les acquisitions scolaires.

Ce test peut donc, semble-t-il, porter un diagnostic valable sur les aptitudes des enfants à suivre un enseignement donné puisque les résultats donnés par lui sont dans l'ensemble en accord avec les impressions de leurs instituteurs.

L'enquête de 1943 a permis de mettre en évidence le nombre considérable de déficients mentaux et de caractériels fréquentant les écoles primaires.

Par rapport à une enquête de plus petite envergure effectuée

en Angleterre vingt ans auparavant, ce chiffre serait deux fois plus élevé. En considérant que les conditions d'examen n'aient pas été aussi rigoureuses lors de la première enquête, ce chiffre est peut-être excessif. Néanmmoins, il nous montre la nécessité et l'urgence de porter remède à un état de chose que la vie moderne semble aggraver.

Par ailleurs, elle nous a ouvert une voie nouvelle nous montrant combien le milieu qu'il soit social, familial, etc..., est influent sur la formation intellectuelle de l'enfant.

Les étiologies les plus diverses dont, seul le médecin peut faire une synthèse correcte sont à la base de ce que nous appelons communément aujourd'hui « l'inadaptation scolaire ».

TROISIEME PARTIE

Caractères et panorama de l'inadaptation scolaire

CHAPITRE PREMIER

Inadaptations d'origine intrinsèque

L'enfant qui entre à l'école, pénètre dans un milieu entièrement nouveau pour lui. Ce qui lui semble être un abandon de sa mère lorsqu'elle l'accompagne pour la première fois jusqu'à la porte de ce monde inconnu constitue pour lui l'un des premiers traumatismes psychologiques.

— Pour la première fois, les *liens biologiques* qui *conditionnent son comportement en famille ne jouent plus ici* : L'école est le lieu de la justice.

— Pour la première fois aussi il sera sur *un plan d'égalité avec ses petits camarades.*

— Il sera sous *la direction d'un maître* qui ne le considérera pas comme un « caractère » mais comme une conscience à développer, un être à former.

La réussite de cette formation dépend des *qualités* d'adaptation entre l'enfant et l'éducateur :

Ou l'enfant anormal ne peut s'adapter au rythme ou à la discipline de sa classe;

Ou, normal lui-même, il est en contact avec un milieu non conforme à ses besoins, celui-ci représenté par la classe ou la famille.

Les signes primordiaux de l'inadaptation scolaire sont constitués :

- d'une part, par l'*insuffisance du rendement scolaire* ou la baisse de celui-ci;
- d'autre part, par les *troubles du comportement* de l'enfant au sein de son groupe.

Nous le retrouvons habituellement à la queue des classes, ou, suivant « vaille que vaille » un cours où l'âge moyen des camarades est nettement inférieur au sien.

L'enfance inadaptée, c'est bien souvent l'enfance malheureuse. Elle va de l'abandonné au délinquant, du déficient physique au déficient intellectuel.

Nous avons voulu donner à notre terme un sens très large,

concrétisant ainsi en quelque sorte les tendances actuelles et nous proposons l'essai de classification suivante :

— *Inadaptations d'origine intrinsèque,* c'est-à-dire dues à des troubles physiologiques : physiques ou psychiques;

— *Inadaptations d'origine extrinsèque* où le milieu joue un rôle prépondérant, qu'il soit familial ou scolaire.

Pour la clarté de notre exposé nous avons été obligés d'adopter un plan schématique alors que la pratique nous réserve le plus souvent des cas complexes ou « cas problèmes ».

I. - Troubles d'origine physique

Il semblerait indispensable à priori de passer ici en revue toute la pathologie infantile : cette étude fut l'objet de notre premier chapitre.

Nous insisterons sur le fait que le Médecin d'Hygiène Scolaire recherche toujours les anomalies somatiques et sensorielles mais sachant que, dans certains cas frustes, elles peuvent prendre l'apparence d'un retard scolaire ou d'un trouble du comportement.

La médecine psychomatique dont les principes s'appliquent parfaitement chez l'enfant comporte un enseignement précieux pour le Service d'Hygiène Scolaire : elle nous réapprend que l'enfant dont nous surveillons la santé peut souffrir dans son corps autant par le psychique que par toute agression physique et que, quelles que soient leur intensité ou leur localisation, les troubles physiques sont susceptibles de retentir plus ou moins profondément sur le psychique de ces enfants et occasionner l'apparition de complexes.

Le Médecin Scolaire est dans la meilleure situation pour recueillir et exploiter utilement toutes les données relatives à la santé de l'enfant, à sa personnalité, son mode de vie, etc... Vers lui convergent les données des éducateurs, familles, assistantes sociales.

Nous nous bornerons à mentionner ici les troubles nécessitant des mesures particulières.

1. — LES INFIRMITES MOTRICES.

Celles-ci englobent tous les handicaps moteurs qui empêchent l'enfant d'avoir une vie physique normale.

Avec les Professeurs Dechaume et Kohler nous dinstinguerons :

- *Les troubles moteurs d'obédience orthopédique :*

— allant des luxations congénitales de la hanche aux séquelles de rachitisme.

- *Les troubles moteurs d'obédience neurologique :*

— Séquelles de poliomyélite avec troubles de la marche et de la statique.

— Tous les troubles moteurs des encéphalopathies infantiles parmi lesquels il convient de distinguer :

a) Les syndromes spasmo-paralytiques par atteinte du système pyramidal ou « maladies de Little » caractérisées à une phase avancées de leur évolution par une paraplégie en flexion. Suivant le nombre des membres atteints, elles donnent des mono, hémi, para ou quadriplégies.

b) Les syndromes extra-pyramidaux : chorée, athétose ou choréo-athétose.

c) Les syndromes cérébelleux rarement observés dans les encéphalopathies motrices de l'enfance.

Certains syndromes comportent des troubles associés de la parole, de l'audition, de la vision, du développement intellectuel et la présence fréquente de convulsions qui aggravent considérablement le pronostic. Ils ne nous intéressent pas ici.

Mais, *nombre d'entr'eux sont isolés et compatibles avec une intelligence normale :* il en est ainsi pour la plupart des enfants atteints de séquelles de poliomyélite, d'athétose ou d'hémiplégie cérébrale infantile.

Ces enfants méritent une attention particulière de la part du Médecin Scolaire : bien souvent mal connus, ils sont éducables non seulement sur le plan moteur (ce qui est possible dès que la participation intellectuelle est suffisante : quotient intellectuel égal à 70) mais aussi sur le plan scolaire; ils peuvent aboutir à une réadaptation sociale satisfaisante à condition d'agir précocement sur les perturbations affectives qui viennent compliquer leurs infirmités. Celles-ci ont souvent autant d'importance que les infirmités motrices par la gêne qu'elles apportent à tout instant aux tentatives de rééducation motrice.

Elles sont facilement explicables :

— Les obstacles provenant de l'infirmité elle-même gênent l'exploration du monde extérieur, obligent l'enfant à une dépendance prolongée de ses parents.

— *L'hospitalisme prolongé* étouffe chez lui tout élément de stimulation qu'il trouverait dans le milieu scolaire.

— Mais les troubles affectifs sont le plus fréquemment provoqués par l'entourage, dictés par un sentiment de honte, culpabilité ou frustration chez les parents.

L'enfant est, suivant le cas surprotégé, rejeté, laissé de côté comme un objet sans valeur, ou traité comme un être normal avec négation du handicap.

Cette attitude fréquente des parents conditionne en retour chez l'enfant des modes de réactions invariables :

— passivité, indifférence, regression affective avec, quelquefois, utilisation du bénéfice secondaire de la maladie;

— ou, au contraire, isolément dans un monde à part, hermétiquement fermé

— mais aussi réaction d'opposition à l'infirmité sous forme de troubles du comportement qui fait de l'enfant un inadapté.

2. — LES MALADIES CHRONIQUES.

En général, les maladies aiguës n'ont pas retentissement fâcheux si la fréquentation scolaire est normale.

Or, il faut signaler que certaines pneumopathies chroniques comme l'asthme handicapent largement l'enfant : on ne peut demander à un élève une attention soutenue durant la journée s'il a veillé une partie de la nuit.

Quant aux maladies chroniques telles que : cardiopathies, R.A.A., tuberculose, diabète, certaines néphropathies, elles posent des problèmes comparables à ceux posés par les infirmités motrices.

Dans ces deux cas, quel doit être le rôle du Médecin Scolaire?

1) Celui d'agir sur l'entourage : parents et milieu éducatif : faire considérer le plus possible un diabétique comme normal, inculquer chez les parents d'un handicapé moteur une optique raisonnable de la situation sans réactions excessives ni névrotiques.

2) Agir sur l'enfant lui-même : calmer les réactions anxieuses du petit malade qui devine la gravité de son affection ou qui craint le retour de certains symptômes pénibles.

Il n'en reste pas moins que ces enfants sont souvent dévalorisés sur le plan collectif et social, soit du fait d'un handicap moteur, soit par le fait de cures ou placements successifs qui ne font qu'aggraver ce sentiment de désadaptation sociale.

3) Enfin, se pose à lui le problème de placements, cures climatiques, envoi en consultation spécialisée, orientation scolaire et professionnelle. Il reste encore beaucoup à faire pour ces infirmes sur le plan de l'école et de l'orientation professionnelle.

3. — LES TROUBLES SENSORIELS.

Nous envisagerons successivement les handicaps auditifs et visuels avec les incidences scolaires et caractérielles qui leur sont propre. Le problème de leur dépistage à grande échelle nous intéressera en second lieu.

HANDICAP AUDITIF : LES MAL ENTENDANTS.

Les *grandes surdités ne se rencontrent pas* dans le cadre scolaire (perte de 45 à 75 décibels sur les fréquences conversationnelles moyennes : 1.024 — 2.048). Nous ne les envisagerons pas ici : en effet, les parents les moins enclins à se rendre à l'évidence n'enverront jamais sur les bancs de l'école un sourd ou un sourd-muet. Ces grandes surdités se dépistent d'ailleurs d'elles-mêmes bien souvent avant l'âge scolaire. Ce sont en général des surdités de perception et le problème sera non pas d'envisager la rééducation de ces déshérités, mais bien leur éducation spéciale.

D'emblée, le problème se limite aux *moyennes et petites surdités.* Elles constituent une cause fréquente d'inadaptation scolaire : les statistiques émanant des différents centres de dépistage scolaire en fonctionnement permettent de fixer à environ 4 % le pourcentage des mauvais entendants (encore y a-t-il lieu de considérer dans ce chiffre un certain pourcentage d'hypoacausies unilatérales n'entraînant aucune gêne marquée pour l'apprentissage scolaire).

Les hypoacausies sont parfois reconnues à l'âge préscolaire en raison de *l'intrication habituelle des retards ou troubles du langage :* l'enfant parle comme il entend. Si le déficit est moins important, les troubles se manifestent au moment de la fréquentation scolaire. En effet, l'enseignement est surtout oral et s'adresse à l'oreille de l'enfant. Si le mal entendant n'est pas dépisté en temps voulu, dès l'âge de 6 ans (avant l'apprentissage de la lecture), des retards intellectuels irrémédiables et un psychisme particulier souvent composé de complexes préjudiciables à son adaptation scolaire peuvent se développer chez lui et compromettre gravement son avenir.

Les hypoacausies légères (perte de 10 à 40 décibels) prennent en classe le masque de retard mental, retard du langage, ou troubles du comportement. L'enfant, pourtant intelligent, abouti à un échec scolaire. Mal classé, mal considéré par son maître qui le prend pour un distrait ou un paresseux, relégué au fond de la classe pour indiscipline (car l'enfant sourd ne se rend pas compte du bruit qu'il fait), *il réagit violemment à la condition qui lui est faite :* Rageur et opposant, il se désintéresse d'un enseignement qu'il ne comprend pas puisqu'il n'en perçoit que des bribes. Ainsi s'établit un cercle vicieux jusqu'à ce que le diagnostic soit fait.

Ce dépistage des hypoacausies est donc un important problème d'Hygiène Scolaire. Il doit s'adresser à tous les enfants à partir de 6 ans et doit être très simple, très rapide et très précis pour pouvoir être pratiqué dans le cadre de la Médecine Scolaire par des médecins qualifiés.

A l'examen anatomo clinique oto-rhino-laryngologique obli-

gatoire succède l'examen audiométrique grâce au test dit « par balayage de fréquences » ou « *Screening Test* ». Il s'agit d'un test audiométrique tonal individuel actuellement employé en France pour ses qualités de dépistage précis et rapide des mal entendants. En réalisant le dépistage à 15 décibels au-dessus du seuil normal, les causes d'erreur sont réduites au minimum car ce chiffre se trouve être bien au-dessous du niveau de handicap social de l'audition qui, chez l'enfant est de 24 décibels.

Un dépistage précoce permet dans un grand nombre de cas une sanction thérapeutique en temps utile et fréquemment le retour de l'enfant dans une classe normale (50 % environ); incidence pédagogique qu'il est toujours préférable d'envisager pour tous les déficients sensoriels légers ou améliorables du fait d'un quotient intellectuel normal et d'un comportement stable dans le milieu scolaire.

HANDICAP VISUEL : LES AMBLYOPES.

De même que les grandes surdités, les cécités ne se rencontrent pas dans les classes normales. Reconnues dès la première enfance (leur nombre d'ailleurs ne dépasse pas 0,2 pour mille de la population scolaire) ils sont orientés vers le Braille.

Mais à côté, il existe une proportion plus importante d'enfants dont la vue insuffisante ne permet pas un apprentissage scolaire satisfaisant, alors qu'elle n'avait entraîné que peu de troubles dans la vie antérieure de l'enfant.

L'amblyopie a plusieurs origines. Parmi celles-ci les *vices de réfraction* constituent le lot le plus important (myopie, hypermétropie, astigmatisme). Ils doivent être reconnus et traités avant l'âge scolaire. Une fois corrigés, ils permettent de suivre les classes normales à condition de placer ces enfants près du tableau et de surveiller régulièrement leur acuité visuelle.

Mais il reste un lot d'enfants dont l'acuité visuelle, après correction, n'est comprise qu'entre *1/10 et 3/10 du meilleur œil.* Ces enfants sont dans l'incapacité absolue de faire leurs études dans une classe normale ou ne peuvent les faire que dans des conditions dangereuses pour leur vision.

Quelle en est la proportion? Si l'on accepte la définition légale de l'amblyopie, on peut considérer qu'il y a environ *1 amblyope pour 1.000 enfants d'âge scolaire.*

Toulouse compte 35.000 écoliers de 6 à 14 ans. L'école d'amblyopes de Ramonville Saint-Agne en comporte 50 mais sur ce nombre une dizaine ont une acuité de 4/10 à l'œil le meilleur.

Les causes en sont, par ordre de fréquences :

— Les malformations congénitales, dont bon nombre de familiales : nystagmus congénital, albinisme, cataracte congénitale, atrophie optique, glaucome, maladie de Leber.

— La minorité concerne les affections acquises.

Le dépistage devrait être préscolaire. Mais l'Education Na-

tionale ne peut se préoccuper de la santé physique des écoliers qu'à partir du moment où les enfants lui sont confiés. Il doit donc se faire lors de l'incorporation scolaire. L'Inspection médicale des écoles signale à la famille le défaut de l'enfant et exige la réponse de l'oculiste que les parents consultent à leur choix.

Le dépistage est donc correctement fait mais il n'est pas toujours facile à 6 ans car les enfants ne savent pas lire et ne peuvent être examinés à l'aide des échelles classiques utilisant des lettres d'imprimerie (Moyonner). On utilise donc de préférence la méthode *Optospychopédagogique* des Docteurs Carlevaro et Ouillon qui consiste à pratiquer un examen fonctionnel de l'œil en faisant appel à des jeux qui n'ont aucun rapport avec la lecture.

L'avantage de cette méthode est de pouvoir tester le jeune enfant à son insu, dans son cadre habituel donc avec le minimum d'erreur.

Il est en effet indispensable que certaines affections de l'œil comme les anomalies de la vision binoculaires soient dépistées précocément sous peine de risques plus ou moins graves pouvant aller jusqu'à la perte même d'un œil.

Mais d'une façon générale, comme le mal entendant, l'amblyope *réagit rapidement contre son infirmité*. Or, si le déficient auditif présente un comportement antisocial, l'amblyope *lui se replie sur lui-même*. Méconnu, il a peur du monde extérieur qu'il sait peuplé d'obstacles qu'il reconnaît mal, il refuse le contact avec ses camarades qu'il sait être différents de lui. Il ressent douloureusement sa condition de diminué social due à un trouble dont il n'a pas encore pris conscience. Inversement, lorsque celui-ci est connu il court plusieurs risques :

— Soit une surprotection maternelle qui le maintienne dans une situation infantile;

— Soit une réjection, ou indifférence de la part des parents;

— Soit une intense sensation d'insécurité secondaire à des sentiments de honte, culpabilité, frustration éprouvés par le père ou la mère.

La création d'écoles spécialisées constitue un gros progrès pour ces enfants, mais hors de la classe l'insécurité persiste.

Notons enfin, que même si un amblyope doit devenir aveugle, il faut lui donner le maximum de connaissances visuelles.

II. - Les troubles d'origine psychique

Nous avons dit que l'inadaptation scolaire se manifeste chez l'enfant soit par l'incapacité d'assimiler les notions pédagogiques enseignées aux enfants de son âge, soit par son indiscipline ou son comportement anormal.

Pour que notre exposé soit clair, les divers types d'inadaptation mentale rencontrés en milieu scolaire seront divisés schématiquement en troubles de l'intelligence et troubles du comportement.

A. — TROUBLES DE L'INTELLIGENCE.

Une notion doit être énoncée de prime abord, c'est la *rareté des maladies mentales chez l'enfant* par rapport aux arriérations et aux troubles du comportement.

Lorsqu'elles existent, elles ont fréquemment été diagnostitquées *avant l'âge scolaire* et suivant leur degré d'évolution ont entraîné soit une éviction scolaire définitive, soit une stagnation, soit un placement dans un établissement spécialisé.

1° *LES MALADIES MENTALES.*

a) *Les états démentiels* sont parfois appréciables dès l'âge de 3 ans.

Ils se présentent sous un double aspect : baisse intellectuelle parfois brutale, parfois progressive et apparition de redoutables troubles du comportement allant des formes apathiques aux formes agressives.

b) *Les psychoses infantiles :*

— psychoses aiguës très rares chez l'enfant. Il est classique toutefois de décrire les états délirants au cours d'infections aiguës ou sous l'influence de facteurs toxiques comme belladonne, cortisone, alcool.

— psychoses chroniques ou schizophrénies mal déterminées chez l'enfant, proches à la fois des schizophrénies, des démences et des névroses.

c) *Les névroses infantiles* différentes de celles de l'adulte parmi lesquelles il est classique de décrire trois variétés essentielles :

La *névrose d'angoisse* qui a souvent pour thème la perte de la mère;

La *névrose obsessionnelle;*

L'*hystérie infantile.* Considérée il y a quelques décades comme très fréquente, elle est en fait rare, et à vouloir la trouver partout, on court le risque de passer à côté de syndromes organiques les plus authentiques.

d) *Un cas particulier : L'aspect social de l'épilepsie.*

L'épilepsie crée un certain climat autour du malade. Les parents sont anxieux, parfois honteux (telle est ancrée encore la croyance qui rattache l'épilepsie aux maladies honteuses notamment l'hérédo-syphilis).

L'enfant est soumis à des servitudes certaines : prendre ses

médicaments à certaines heures, ne pas monter à bicyclette, ne pas grimper aux arbres, bref ne pas faire comme les autres enfants de son âge. Ces interdictions entraînent chez lui deux sortes de réactions : ou il se sent persécuté, ou alors se crée une anxiété morbide devant une maladie qu'il connaît mal et dont personne ne parle autour de lui.

Et, si par hasard, il présente une crise en classe, il ne manque pas de jeter l'effroi : désormais on l'évite, autour de lui naissent des racontards et c'est finalement l'éviction scolaire qui l'attend. Dès lors, où lui faire faire ses études? L'équipement médico-pédagogique est insuffisant. On ne peut pas le mettre avec les débiles mentaux : les conséquences psychologiques et sociales seraient désastreuses et d'autre part les établissements spécialisés n'acceptent de tels enfants que s'ils font des crises fréquentes. Ainsi, on se renvoie l'enfant comme une balle. Comment s'étonner alors « qu'un sentiment progressif d'altérité » naisse dans l'esprit du petit malade? Rejeté de l'école comme il le sera plus tard de la société, l'enfant se cantonne dans une attitude de ressentiment et de découragement, résultat d'une adaptation malheureuse qui doit être à tout prix évitée.

2° *L'ARRIERATION.*

Nous venons de voir l'extrême rareté des maladies mentales chez l'enfant. Par contre, l'une des premières questions qui se pose à l'esprit du médecin scolaire en présence d'un enfant qui présente un retard scolaire de plus d'un an est évidemment celle-ci : *Possède-t-il des moyens intellectuels suffisants?*

L'appréciation du niveau mental est pratiquement impossible à faire par un médecin qui ne dispose que de cinq minutes par élève. C'est pourquoi, mettant en pratique la méthode de Binet, il doit, après avoir éliminé toutes les causes médicales envisagées plus haut, interroger le maître. Celui-ci, surtout à la campagne connaît très bien ses élèves. Son appréciation de l'intelligence est en général confirmée par les tests. Il connaît le comportement de l'enfant, reçoit fréquemment les doléances des familles, donc connaît bien le milieu familial.

Or, tous les résultats obtenus doivent être contrôlés par les « tests ».

Ceux-ci sont indispensables pour l'étude du niveau mental tel qu'il doit être recherché en milieu scolaire : ils présentent l'avantage de donner des résultats chiffrés et d'être à l'abri des interprétations personnelles qui constituent un facteur d'erreur supplémentaire.

LES TESTS

Quels sont-ils?
Nous envisagerons les plus utilisés,

1. - Echelles verbales d'Intelligence.

Elles sont les plus connues et aident à l'établissement d'un profil psychologique.

1) Le *Binet-Simon* présente une importance historique considérable car il constitue la première échelle métrique. Conçu pour les enfants de 3 à 15 ans, il permet d'avoir un aperçu sur les possibilités intellectuelles du sujet. Ses résultats s'expriment en âge mental.

2) Le *Terman* a remplacé le Binet-Simon trop long et incomplet. Il constitue un bon test de développement au-dessous de 15 ans. Il fixe le Quotient Intellectuel :

$$QI = \frac{\text{âge mental}}{\text{âge réel}} \text{ au moment de l'examen.}$$

3) Le *Terman-Merril* lui, résulte d'une nouvelle révision américaine. Plus complet il a, en outre, l'avantage d'être moins sensible au niveau scolaire et à l'influence du milieu social.

2. - Echelles non verbales d'Intelligence.

Celles-ci ont une moindre valeur pour prévoir l'adaptation scolaire mais permettent de se faire une idée plus juste des dispositions enfantines aux activités concrètes.

Nous allons envisager, par ordre d'âge croissant.

1) Le *Borel-Maisonny :* Il constitue un test de développement psychomoteur chez le jeune. Il comprend une série d'épreuves simples de 15 mois à 3 ans et demi et une série de 3 à 5 ans. Le matériel est très simple et constitue en fait un véritable jeu pour l'enfant. L'on note simplement les réactions déclenchées presque automatiquement à la vue du matériel de ces tests.

C'est un bon test quoique insuffisamment étalonné. Il a du moins l'avantage de fixer la date moyenne d'apparition des diverses conduites de l'enfant.

2) Le *Grace-Arthur - point scale.* Souvent utilisé en orientation professionnelle. Il a primitivement été conçu pour compléter le Binet-Simon.

L'épreuve la plus couramment employée est donnée par les *Cubes de Kohs* dans laquelle l'enfant doit reproduire, à l'aide de cubes spéciaux des constructions de plus en plus complexes.

On étudie dans ce test tout autant les diverses composantes de l'intelligence (analyse, synthèse, perception, structuration) que le mode de comportement du sujet (empirisme ou méthode).

3) Les *tests de dessin.*

L'épreuve du « *Bonhomme de Goodenough* » consiste à faire dessiner un bonhomme par l'enfant. Ce test renseigne sur le développement mental et caractériel de l'enfant.

La « *Dame de Fay* ». On demande de dessiner « une dame qui se promène et il pleut ». Ce test est comparable au précédent.

4) Les *tests de développement moteur.*

Test d'Oseretzki : test qui permet d'explorer la coordination statique, dynamique, la rapidité des mouvements, etc...

5) *Test Mosaïque de Gille.*

Comme son nom l'indique, il comprend une grande série d'épreuves choisies dans les tests précédemment cités. Ce test fait appel :

— à l'esprit d'observation,
— au raisonnement logique.

Son originalité tient du fait qu'il est rapide, qu'il peut être facilement appliqué aux collectivités scolaires et qu'il ne présente aucun des inconvénients précédemment cités. Bien étalonné au cours de l'enquête faite par le Professeur Heuyer sur « le niveau mental des enfants d'âge scolaire », il permet *de faire globalement le point du plus grand nombre de mécanismes intellectuels qui doivent apparaître dans le développement mental des enfants d'âge scolaire.*

C'est le test le plus employé en pratique scolaire.

3. - Les Echelles Mixtes.

« *Wechsler-Bellevue* » adapté aux enfants est d'utilisation récente en France. Très intéressant, il donne en un seul test l'aspect verbal et non verbal de l'intelligence.

Les résultats sont donnés en Q I verbal, Q I de performance et Q I global qui est d'ailleurs légèrement supérieur à celui du *Terman.*

4. - Tests de Personnalité : Tests projectifs.

Plus difficiles à mettre en pratique sur le plan scolaire, ils donnent des résultats moins bons. Ils sont pourtant très utiles pour compléter un test intellectuel qui ne fournit pas de résultat suffisant sur l'interréaction de l'intelligence et de l'affectivité (frustrations affectives, etc...). Le plus employé est le *Rorschach* ou technique des taches d'encre qui permet en outre d'étudier en orientation professionnelle la forme de l'intelligence du sujet.

5. - Utilisation des Tests.

Rappelons que si un test est indispensable, il ne doit en aucun cas détronner l'examen clinique et nous devons lui attribuer comme le recommande Robin « la même valeur qu'aux recherches de Laboratoire, celle de renforcer un diagnostic, de le mettre en discussion ».

Ainsi compris, il complète toujours efficacement l'examen clinique subjectif.

En pratique courante, on utilise plusieurs épreuves comme c'est le cas du *test Mosaïque de Gille* associant une échelle verbale, une échelle de performances et des techniques projectives sachant que sur le plan scolaire chacune possède un intérêt particulier.

1) Celui de donner une idée juste sur le niveau mental de l'enfant pour les échelles verbales d'où leur importance en matière d'Orientation Professionnelle.

2) Celle, par contre, de prévoir une amélioration de l'adaptation sociale pour les épreuves de performance.

Le sujet testé est ainsi placé dans l'une des catégories suivantes :

Quotient intellectuel	au-dessus de 110	= Intelligence supérieure à la moyenne.
»	» au-dessus de 90	= Intelligence moyenne.
»	» de 80 à 90	= Niveau limite.
»	» de 65 à 80	= Débilité légère.
»	» de 50 à 65	= Débilité moyenne.
»	» au-dessous de 50	= Débilité profonde.

L'emploi méthodique de ces diverses techniques nous a donc permis de poser le diagnostic d'*arriération* avec suffisamment d'exactitude.

L'arriération intellectuelle est une cause importante du retard scolaire. Les diverses statistiques effectuées montrent que 5 à 10 % des enfants d'âge scolaire entrent dans cette catégorie.

Les degrés en sont variables.

— Les *idiots* porteurs de stigmates de dégénérescence qui ne parviennent jamais à dépasser 4 ans d'âge mental et dont le quotient intellectuel se situe au-dessous de 25 ne fréquentent pas les écoles.

— Il en est de même pour les *imbéciles* et débiles graves d'âge mental compris entre 4 et 7 ans et dont le quotient intellectuel est toujours au-dessous de 50.

Ces deux groupes intéressent donc peu le médecin scolaire qui n'aura pratiquement l'occasion de les rencontrer qu'à la visite d'admission préscolaire quand les parents ont besoin d'un certificat pour percevoir les allocations familiales.

Ces enfants ne sont pas éducables au sens scolaire du mot : ils sont certainement perfectibles ainsi que l'ont montré les travaux d'Etard, Seguin, Bonneville et Pestallozzi.

— L'*arriération mentale* proprement dite est fixée par le niveau limite de 10 ans ou le quotient intellectuel de 70. Elle comporte un groupe important d'enfants qui ont l'habitude de se partager les queues de classes. Nous y rencontrons en effet *les débiles mentaux* qui, dépassant 7 ans, ne peuvent atteindre 10 ans d'âge mental. Leur quotient intellectuel se situe entre 50 et 80. *La débilité mentale est caractérisée par la présence d'un*

déséquilibre intellectuel avec déficit électif du jugement et perturbations affectives. Elle est rarement homogène et « harmonieuse » selon le terme employé par Vermeylen. Il s'y associe fréquemment la *débilité motrice* qui aura beaucoup plus d'importance lorsque l'enfant devenu adolescent aura à choisir un métier. C'est elle qui conditionne véritablement l'adaptation au milieu en ce sens que devenu adulte, il pourra ou non subvenir à ses besoins.

De plus des troubles affectifs viennent souvent assombrir le pronostic et leur importance en matière d'adaptation sociale ne saurait être négligée.

C'est, en effet, *de pronostic et non tellement de diagnostic qu'il faut parler en face d'un arriéré mental :* Il n'y a pas deux arriérés qui se ressemblent et qui auront même devenir, même adaptation sociale ultérieure. Tout dépend non seulement de leur niveau mental qui est un chiffre brut, global de leur intelligence, mais encore de la qualité des composantes restantes susceptibles de suppléer au déficit du jugement, sans oublier le rôle important joué par le caractère dans l'adaptation au milieu.

3° Les *PSEUDO ARRIERATIONS MENTALES* ne sont en fait que de *SIMPLES RETARDS PEDAGOGIQUES* chez des enfants intellectuellement normaux.

Nous donnerons à ces enfants le nom de FAUX DEBILES.

— Citons *les déficients sensoriels :* amblyopes et déficients auditifs en rappelant l'association fréquente chez eux de troubles affectifs particuliers : ceux-ci sont un facteur d'erreur supplémentaire dans les tests et on ne saurait être trop prudent dans l'interprétation des épreuves chez de tels enfants.

— Une cause d'erreur non négligeable est aussi constituée par les *troubles du langage.* Nous ne parlons pas des troubles de l'articulation qui nécessitent une rééducation spéciale, mais de certaines mutités ou mutisme de l'enfant qui entre à l'école. Ceux-ci posent de délicats problèmes de diagnostic différentiel entre surdi-mutité, retard simple du langage, mutisme émotif ou volontaire. La conduite à tenir sera absolument différente d'un cas à l'autre.

— Un cas à peu près semblable est représenté par la pseudo arriération mentale des *enfants moralement abandonnés :* manque de stimulation et par là d'épanouissement intellectuel ou mode de réaction au milieu familial, ces divers mécanismes nous offrent le tableau d'un arriéré physique et intellectuel : mal tenu et souffreteux. Le défaut d'enquête sociale risquerait d'amener les plus cruelles erreurs de diagnostic.

Mais faut-il considérer ce cas comme un cas limite comme le pensent certains et poser là le problème de la pathogénie des arriérations mentales?

Les plus authentiques ne seraient-elles pas dues non seule-

ment au facteur héréditaire mais encore à *ce manque de stimulation à la base* comme on en trouve dans les milieu à la fois économiquement et intellectuellement pauvres?

— *L'absentéisme scolaire* est l'une des causes les plus évidentes de retard scolaire. Elle est aussi l'une des plus fréquentes.

Prudhommeau fit une étude statistique sur 639 élèves qui montra que le nombre des enfants inadaptés, minimes entre 6 et 8 ans croît progressivement pour atteindre 41 %, entre 10 et 12 ans, chiffre confirmé par les statistiques faites lors de la grande enquête de 1943 par le Professeur Heuyer.

En réalité ce chiffre doit être abaissé car les statistiques ont porté sur les enfants fréquentant les écoles primaires uniquement. Et l'augmentation du nombre d'enfants inadaptés entre 10 et 12 ans tient du fait que les meilleurs sujets sont entrés dans les lycées et collèges laissant dans les écoles primaires les moins favorisés.

Quoi qu'il en soit l'absentéisme scolaire rentre pour une grande part dans l'étiologie des retards scolaires et relève souvent des causes les plus diverses.

Nous avons insisté sur les causes particulières données par les affections intestinales chroniques et sur le problème délicat posé par les placements prolongés d'enfants en préventorium ou en sanatorium facteurs d'inadaptation scolaire définitive.

L'absentéisme peut relever de la profession des parents : les forains et gitans ont parfois des enfants totalement illettrés. Un effort vient d'être tenté en faveur des enfants de bateliers pour leur donner un enseignement primaire par l'intermédiaire de la radio.

L'absentéisme scolaire peut relever aussi de la négligence des parents. Si, à l'heure actuelle, les paysans envoient régulièrement leurs enfants à l'école, il n'en est pas de même pour le milieu ouvrier qui fournit fréquemment des candidats à la délinquance.

Les retards scolaires, comme nous l'avons exposé peuvent être dus aux causes les plus variées. Ils peuvent souvent simuler à s'y méprendre une arriération intellectuelle lorsque les acquisitions de base sont si fragiles et dispersées qu'elles ne permettent pas un plein épanouissement des facultés intellectuelles.

4° *ANOMALIE D'UTILISATION D'UNE INTELLIGENCE NORMALE.*

Chez bien des enfants inadaptés, l'intelligence est normale, l'examen médical ne décèle aucune affection pathologique, la fréquentation scolaire est bonne. D'année en année, les résultats scolaires laissent à désirer; on dirait qu'il y a « blocage de l'intelligence » par des mécanismes qui restent à préciser.

Nous envisagerons successivement :

— La *fatigabilité intellectuelle* qui se rencontre fréquem-

ment chez les enfants et les adolescents à la faveur d'une période de croissance difficile prépubertaire ou à l'occasion de circonstances climatiques et saisonnières particulières comme la fin de l'hiver dans les villes.

L'enfant fatigué intellectuellement est normal au repos.

La mise en évidence de son état est difficile du fait que les tests courants ne tiennent pas suffisamment compte de la persistance de l'attention et de la fatigabilité.

— L'*Asthénie* caractérise le sujet fatigué avant l'effort. Elle peut être constitutionnelle (ce qui est assez rare) ou acquise en raison des troubles organiques comme un disfonctionnement hépatique, une insuffisance surrénale ou respiratoire.

— Les *troubles de l'attention.*

1) Sont d'une grande banalité en matière scolaire. Dans certains cas ils constituent un phénomène naturel, physiologique. L'enfant a besoin de se dépenser, de jouer, il passe sa journée à mille activités qui épuiseraient n'importe quel adulte normal. Par contre, ni son corps ni son esprit ne sont portés instinctivement à une activité soutenue, à un effort prolongé. D'où instabilité, et attention dispersée.

2) Chez les enfants plus grands, ces troubles sont fréquemment un signe précoce de fatigue et de surmenage. Dans ce cas, ils sont rencontrés dans les mêmes circonstances que la fatigabilité intellectuelle. Mais ils peuvent constituer aussi l'un des signes caractérisant l'instabilité psychomotrice et cette instabilité, cette hyperkynésie, ces troubles de l'attention traduisent en réalité une débilité. Par ailleurs, des troubles de l'affectivité de l'enfant comme l'anxiété peuvent donner une dispersion semblable à moins qu'il ne s'agisse d'une schizoïde dans laquelle la perte de contact avec la réalité dissimule une activité souvent intense qui manque d'extériorisation, d'adaptation à la vie scolaire.

Notons que ces troubles de l'attention peuvent constituer aussi le début d'une chorée ou de certaines excitations hypomaniaques.

5° *LA DIVERSITE DES TYPES D'INTELLIGENCE.*

Malgré tout, il n'est pas rare de rencontrer des enfants, surtout dans les établissements secondaires, chez lesquels tous les examens médicaux et psychologiques sont normaux et qui pourtant échouent radicalement dans leurs études.

C'est là reposer le problème de l'intelligence. Il faut nous mettre en garde contre notre façon habituelle de « compter » l'intelligence, envisageant le plus souvent le point de vue *quantitatif* et négligeant le point de vue *qualitatif*.

La psychologie a mis en lumière la diversité fondamentale des types d'intelligence. On peut schématiquement les ramener

à trois types principaux si différents en soi que leur méconnaissance expose à des contre-temps pédagogiques susceptibles de retentir sur la vie entière de l'enfant.

— *L'intelligence verbo conceptuelle* ou intelligence théorique : le matériel est constitué par les mots, l'aboutissement est le maniement des concepts. C'est à cette sorte d'intelligence que fait appel la plupart des exercices de l'enseignement secondaire; les élèves qui ne s'y sentent pas à l'aise ne possèdent pas cette forme d'intelligence et doivent être orientés différemment.

— *L'intelligence imaginative* ou artistique. Le matériel consiste en formes et en images. L'aboutissement à l'œuvre créatrice. L'artiste ne définit jamais théoriquement son œuvre avant de la créer, il la voit. Cette sorte d'intelligence est intimement liée à l'affectivité.

— *L'intelligence pratique ou concrète.* C'est la forme la plus répandue. D'après Bergson ce serait la seule intelligence authentique. Le matériel est représenté par des gestes, les moyens par les muscles. Il serait catastrophique d'imposer à des enfants possédant cette forme d'intelligence des études théoriques alors que leurs véritables dons restent inutilisés.

C'est dire que la mesure quantitative de l'intelligence doit demeurer une pratique essentielle : Les tests ont une valeur certaine à condition de savoir les utiliser et surtout les interpréter. Ce n'est pas le chiffre brut en lui-même qui importe, mais son interférence avec l'examen médical, l'interrogatoire, les résultats scolaires. Et la connaissance de la valeur qualitative de l'intelligence permettrait d'opérer de nombreux sauvetages individuels. On en a le témoignage dans la clientèle des centres psychopédagogiques constituée souvent par des enfants dont le quotient intellectuel est souvent supérieur à 100 et qui pourtant échouent dans leurs études.

B. — LES TROUBLES DU COMPORTEMENT.

Certains enfants se comportent en classe de telle façon qu'ils laissent inemployée, virtuelle leur intelligence, leur caractère se refusant à mobiliser leurs facultés intellectuelles ou les mobilisant dans un sens dévié.

En effet, le caractère est le véritable moteur du comportement. Selon la définition du Professeur Heuyer, il constitue « un ensemble de tendances émotives affectives héréditaires ou acquises qui règlent les rapports de l'individu avec les conditions du milieu ».

Sous quel tableau se présentent ces inadaptés scolaires? Il est presque toujours le même : mauvais classement chronique, avertissements, renvois, redoublements, plus rarement fugues, vols, manifestations réactionnelles.

Ces sujets sont le plus souvent qualifiés de paresseux, instables, « *caractériels* ».

Mais, ce sont là des présentations communes, souvent des façades à des étiologies très diverses. Il faut toujours se demander devant un trouble de comportement, s'il s'agit de la façon d'être de l'enfant ou si le trouble constitue un mode de réaction à une perturbation affective demeurée dans la pénombre.

Ce principe posé, les troubles du comportement sous leur forme mineure sont fréquemment rencontrés en pratique scolaire et sont d'une grande banalité, mais leurs manifestations sont si diverses qu'il est difficile d'en établir une classification logique. Le Professeur Dechaume propose le schéma suivant :

a) Les troubles de l'activité, avec :
- — les asthéniques, les fatigués, les paresseux, les nonchalants;
- — d'un autre côté les instables, les impulsifs, les épileptoïdes;

b) Les troubles de l'émotivité :
- — d'une part les hyperémotifs et timides;
- — d'autre part, les anémotifs et les pervers;

c) Les troubles de la tonalité affective générale :

cyclothémiques et périodiques.

Il s'agit d'un simple schéma. Il ne faut pas perdre de vue que ces troubles du caractère sont fréquemment associés, soit entr'eux, soit à des troubles intellectuels pour créer des « *cas complexes* ». Ils peuvent inhiber, du moins mettre en veilleuse l'intelligence.

Nous allons étudier les troubles les plus courants.

1. *L'INSTABLE.*

Les instituteurs signalent fréquemment les instables ou « nerveux » qui sont pour eux des perturbateurs permanents de leur classe. Ce sont des enfants qui bougent sans cesse, parlent, rient, dérangent leurs camarades par leur agitation. Les maîtres n'ont qu'un désir : s'en séparer. Mais leur instabilité physique n'a souvent d'égale que leur instabilité mentale qui les rend incapables de fixer et concentrer leur attention correctement et de suivre le rythme normal de leur classe.

Quel est le pourcentage des instables? Les chiffres avancés sont souvent très différents.

Pour Beley, un enfant sur quatre est instable.

Abric (Thèse Montpellier 1955) relève un chiffre de 10 %.

Par ailleurs, la campagne comporte moins d'instables que la ville avec les banlieues ouvrières.

Des différences aussi grandes tiennent donc surtout aux critères de diagnostic. En effet, cette instabilité est dans *cer-*

tains cas un phénomène naturel, physiologique. L'enfant a besoin de se dépenser, il le montre en jouant, riant, dansant. Il faut, dans une certaine mesure, tenir compte de cette vitalité, de ce dynamisme de l'être jeune qui s'adapte mal à l'étroitesse du pupitre et des exigences scolaires.

Que peut faire le Médecin Scolaire? Il lui paraît logique d'essayer de canaliser les forces vives de l'enfant par un exercice physique sans que celui-ci soit démesuré.

Mais à côté de cette instabilité physiologique, il existe chez l'enfant des états de dispersion relevant d'étiologies diverses. Il nous faut distinguer :

— l'instabilité psychomotrice vraie (instabilité subchoréique de Wallon) qui est rare et qui correspond à un état indiscutable d'immaturité psychomotrice bien que les appareils efférents soient normaux et qu'il n'existe aucun signe neurologique déficitaire. Le Professeur Heuyer la définit comme « un trouble psychomoteur dans lequel l'émotivité est labile, variable comme l'inaptitude à continuer la même action, à soutenir un rythme régulier, à réagir de façon constante, à persévérer dans une entreprise, et au point de vue intellectuel l'incapacité de fixer l'attention... »

Cette instabilité devient à la longue insupportable aux maîtres et aux parents dont l'attitude excédée est souvent génératrice de conflit chez l'enfant entraînant en retour des troubles du comportement.

— A côté de ce syndrome bien défini où le trouble est constant et connu souvent bien avant l'entrée à l'école, on observe de *nombreuses réactions d'instabilité* qui sont le témoin banal d'un état de malaise ou une attitude réactionnelle à un conflit caché. Elles ont la caractéristique d'être intermittentes et de disparaître en même temps que disparaît la cause.

Quelques exemples nous permettent de mieux illustrer la diversité des cas :

Tout enfant devient remuant lorsqu'il doit accomplir une tâche au-dessus de ses forces.

L'instabilité marque chez d'autres l'*anxiété*. Ce sont des enfants dont les relations avec quelque adulte sont devenues angoissantes ou qui ne peuvent arriver à trouver leur place. Leur comportement finit par mimer une véritable fuite. Mais dans la plupart des cas pour provoquer ce syndrome il faut qu'il y ait à la fois un terrain favorable à l'apparition du trouble et des circonstances extérieures favorisantes, familiales ou sociales. C'est ainsi que s'explique le nombre croissant d'enfants instables en période de désordres sociaux, dans les époques troublées et inquiètes.

Le Médecin Scolaire, par une enquête appropriée doit agir

sur les causes de l'instabilité; il doit la faire traiter toutes les fois que cela est possible et essayer de modifier les conditions familiales ou sociales quand elles sont accessibles à son action, afin d'éviter l'instabilité sociale qui ne manquera pas de lui succéder génératrice autour d'elle d'autres anxiétés et par là d'autres instabilités.

2. *LE « PARESSEUX »* ou *LENT.*

Nous envisageons ici ce trouble par opposition à l'instabilité : derrière le vocable du lent se profilent bien des comportements.

Nous connaissons tous cette catégorie d'enfants qui possèdent une asthénie élective pour le travail mais qui sont débordants d'activité pour le jeu : ce comportement évoque comme dit Trelat, « un vieux spectre que l'on croyait disparu et qui cependant est bien vivace encore : celui de la paresse! »

Mais il ne faut pas tomber dans l'erreur contraire et traiter de paresseux tout enfant lent.

— Chez certains la lenteur est un élément presque physiologique. Ce sont des enfants que l'on peut considérer comme immatures au point de vue moteur. Ils sont souvent énurétiques, parfois gauchers, hypotoniques.

— Chez d'autres, cette lenteur constitue plutôt un biotype : les longilignes asthéniques ou au contraire les obèses avec insuffisance thyroïdienne sont naturellement lents.

— Mais il y a aussi les distraits, les indifférents, les rêveurs, ou tout simplement les débiles.

Sous ces termes peuvent se cacher bien des attitudes.

Les introvertis ou schizoïdes sont des sujets normaux qui ont tendance à fabriquer un monde intérieur riche qui plus tard pourra alimenter les forces vives de la création artistique. Ils sont d'ailleurs capables de relations avec le monde extérieur.

Par contre d'autres se caractérisent par la pauvreté, la discordance, la rigidité de leur milieu intérieur. Ils ont une difficulté considérable à établir des relations extérieures : Ces enfants constituent probablement des candidats à la schizophrénie infantile

— Un dernier groupe est constitué par les anxieux : en effet la lenteur et la rêverie peuvent correspondre à une opposition occulte; cette immobilisation constitue l'une des deux réponses possibles à l'anxiété, l'autre étant l'instabilité qui ne fait que mimer la fuite.

3. *L'HYPEREMOTIF.*

L'hyperémotivité est habituelle chez les jeunes enfants lorsque ceux-ci se trouvent en dehors de la tendresse maternelle. Elle doit normalement s'atténuer à l'âge scolaire. Le contact avec leurs camarades les aguérissent progressivement.

Néanmoins certains présentent une persistance anormale de cet état : l'hyperémotif est alors un douloureux incompris dans sa famille et plus encore à l'école. Cet état dénote une personnalité fragile sur laquelle un traitement avant tout pédagogique doit être institué. Il est fréquemment retrouvé chez les enfants porteurs de troubles de la latéralité comme les bègues et les gauchers.

Observation apportée par le Docteur Avril :

« ... Alain, 10 ans, signalé par le maître pour mauvais rendement scolaire. Niveau mental normal. Aspect bébé. Examen médical normal mais très grande émotivité. L'interrogatoire de l'enfant nous a appris qu'il était battu par ses camarades, tenu à l'écart du jeu, surnommé « noyau de pêche ». La mère intelligente, ayant souffert de la pauvreté couvait un peu son fils. Les conseils prodigués à la mère, au maître et à l'enfant furent suivis et nous avons obtenu en un mois une transformation radicale du comportement de l'enfant... »

4. *TROUBLES LIES PLUS PARTICULIEREMENT AUX DIFFICULTES D'INTEGRATION* ou *MANIFESTATIONS ANTISOCIALES MINEURES.*

1. *Les réactions agressives* sont fréquentes chez le jeune. Elles s'expliquent d'une part par la force des instincts agressifs, d'autre part par la faiblesse de l'appareil de contention autrement dit l'inhibition corticale.

Les *colères enfantines* sont normales au cours de la phase d'opposition des 2e et 3e années. Elles peuvent être favorisées par des situations conflictuelles comme la naissance d'un jeune frère par exemple — et traduisent la jalousie. Mais il n'est pas inutile de dire qu'elles sont souvent entretenues par la rigidité et l'intolérance de l'entourage.

Ce qui doit attirer l'attention, c'est leur répétition lorsque l'enfant grandit, surtout lorsqu'elles sont peu motivées.

Il n'est pas rare d'entendre encore prononcer le mot de *colère épileptoïde* : le mythe d'épileptoïdie a aujourd'hui pratiquement disparu. Néanmoins il n'est pas rare de voir que certaines atteintes du lobe temporal s'accompagnent, à côté des crises paroxystiques, de certains troubles du caractère dus probablement a un défaut d'inhibition corticale.

2. *Le mensonge chez l'enfant.*

On ne peut parler de mensonge chez le très jeune enfant. Le tout petit vit dans un monde irréel et la fabulation ne fait que traduire une imagination riche. Mais ce mode de relation peut être provoqué par une attitude rigide et intolérante des parents ou des maîtres, en particulier par la nature démesurée des punitions : l'enfant anxieux se réfugie dans le mensonge.

Le mensonge utilitaire, lui, a une autre signification. Il doit être stoppé le plus vite possible car il est peut-être le premier signe d'une évolution vers la délinquance.

3. *Les vols.*

Ce que nous avons dit pour le mensonge est valable pour le vol. On ne peut parler de vol dans les écoles maternelles. Pendant longtemps le jeune enfant est tout instinct : il voit quelque jouet ou quelque bonbon à la devanture d'un commerçant et s'en saisit naturellement sans arrière-pensée. Dix minutes après, il l'a le plus souvent oublié. Ne dit-on pas communément que « l'enfant a envie de tout ce qu'il voit », c'est justement le rôle de l'éducation que d'enseigner les notions de morale et de propriété.

Au-delà de l'école maternelle, le vol peut avoir plusieurs motivations.

« *Le vol généreux* » est fréquent : l'enfant vole un objet pour l'institutrice ou pour sa mère car il savait qu'elle en avait envie et ne pouvait le lui offrir; cette situation lui a paru intolérable et l'idée de vol a été compensée dans son esprit par le désir de prouve son amour. C'est d'ailleurs là un véritable « *vol de compensation* » secondaire à une frustration affective. Un cas nous est donné par l'enfant qui vole de l'argent chez lui, achète des bonbons et les distribue à ses petits camarades, qui l'avaient rejeté ou laissé de côté, afin de mieux se faire intégrer dans leur groupe.

Or, comme nous l'avons dit pour le mensonge, certains petits voleurs, par ailleurs menteurs et cyniques doivent être surveillés de très près car ils se rapprochent beaucoup de la délinquance.

4. *L'école buissonière et les fugues.*

Lequel d'entre nous ne se souvient pas d'avoir au moins une fois, cédé à cet attrait de la liberté qui fascine l'écolier? C'est dire que l'école buissonnière est très banale. Mais dans ce cas, *les dangers et les conséquences risquent d'être beaucoup plus importants* pour peu que cet absentéisme devienne une habitude. L'écolier est obligé de mentir à ses parents, de falsifier son carnet de notes. Découvert, il est renvoyé de l'école. Dès lors les maîtres et les parents, sans aller le plus souvent jusqu'au fond du problème, punissent. L'enfant devient un incompris et par là un inadapté dans son milieu scolaire, tout autant que dans son milieu familial. Il perd l'habitude du travail régulier, et au cours de ses promenades peut lier connaissance avec des bandes de désœuvrés. La délinquance est proche. L'état psychologique existe déjà, il ne manque plus que l'occasion. « L'occasion fait le larron! »

Quant aux *fugues,* les motivations peuvent être parallèles à celles du vol ou du mensonge.

Certains enfants, malheureux dans leur famille fuient la sévérité d'un père, une punition imméritée. Ils sont souvent poussés par la recherche d'une affection qu'ils ne trouvent pas chez eux.

D'autres sensibles ou hyperémotifs s'enfuient car, ayant eu une mauvaise note en classe, ils ont peur de la réprimande : Dans ce cas c'est un sentiment de honte et de culpabilité qui les pousse.

Certains enfants timides, « souffre douleur » de leurs camarades peuvent fuguer en proie à une véritable panique.

Par contre les classiques fugues épileptiques avec état second et amnésie sont très rares.

D'autres bizarres ,immotivées peuvent être le premier signe d'une schizophrénie.

Cette complexité dans la motivation des fugues, mensonges, vols nous indique que chaque cas demande étude et réflexion.

C'est dans ces exemples, particulièrement que le Médecin Scolaire devra compter sur le précieux appui de l'Assistante Sociale. Une enquête nécessaire relèvera des éléments épars utiles pour la constitution du diagnostic.

Elle devra étudier non seulement le comportement en classe mais aussi à la maison et dans la rue; elle approfondira les réactions de l'élève vis-à-vis des camarades, des éducateurs et des parents; elle étudiera plus particulièrement les conditions générales de vie, le milieu familial et pédagogique.

III. - Anomalies du développement psychomoteur

Nombre d'auteurs, Dupré, J. de Ajuriaguerra et en particulier le Professeur Heuyer ont insisté sur le parallélisme qui existe entre le développement de la motricité et celui du psychisme. Lorsque celui-ci est perturbé surviennent des troubles plus ou moins graves facteurs d'inadaptation scolaire.

Nous envisagerons successivement :

— Le syndrome de débilité motrice.
— Les troubles de la latéralité :
  - les Gauchers,
  - Dyslexie - Dysorthographie.

1° *DEBILITE MOTRICE CHEZ L'ENFANT*

La débilité motrice décrite par Dupré en 1907 désigne un état pathologique caractérisé par une dysharmonie générale de la motricité périphérique.

Dans ses formes mineures, elle se rencontre chez des enfants dont l'intelligence est normale, souvent même supérieure à la moyenne : Ce sont des enfants que l'on nomme communément

« maladroits » ou « patauds »; mais dans ses formes majeures, la débilité motrice est souvent associée à une déficience intellectuelle tel qu'il ressort des études récentes faites par J. de Ajuriaguerra sur un groupe de débiles mentaux.

Cet auteur trouve un parallélisme psychomoteur dans 73 % des cas alors que 12 % ont des résultats moteurs supérieurs à leur âge mental et de 15 % des résultats inférieurs.

Au point de vue clinique, la débilité se caractérise par une maladresse des mouvements volontaires, nette chez un enfant de plus de 4 ans.

L'examen montre :

— Une exagération des réflexes tendineux.

— La persistance au-delà de 8 ans des syncinésies (syncinésies de recrutement et syncinésies tonico-cynétiques ou d'imitation).

— Une coordination défectueuse.

— Enfin une forme particulière d'hypertonie :

La *Paratonie* caractérisée par « une hypertonie musculaire diffuse en rapport avec les mouvements intentionnels et aboutissant à l'impossibilité de réaliser volontairement la résolution musculaire ».

Elle est bilatérale mais ,toujours asymétrique fait dont nous verrons l'importance.

Le paratonique possède donc une insuffisance du pouvoir d'inhibition volontaire sur la musculature striée de ses membres; inhibition dont le contrôle et la souplesse sont indispensables à l'adresse gestuelle nécessaire en pratique scolaire et dont l'insuffisance pose des problèmes de rééducation et d'orientation professionnelle délicats.

Quelle est l'étiologie de la débilité motrice de Dupré?

1°) Certains syndromes neurologiques comme l'hémiplégie cérébrale infantile sont caractérisés par des lésions cérébrales localisées.

On peut expliquer cette déficience motrice globale par une perturbation fonctionnelle secondaire à la lésion primitive étant donné que le facteur émotionnel aggrave des troubles moteurs déjà existants.

2°) La débilité motrice essentielle : il n'a été retrouvé aucune origine organique pour l'expliquer. Les tendances modernes avec J. de Aguriaguerra en font un état indiscutable d'immaturité psychomotrice. Cet auteur insiste :

— Sur l'importance du facteur héréditaire;

— L'intrication de la motricité avec les fonctions intellectuelles et émotionnelles; l'incidence de l'appétit affectif ou intellectuel est capitale sur l'évolution de la motricité de l'enfant;

— Enfin, sur le rôle capital joué par le milieu : carence de sollicitation, absence de climat affectif suffisant.

Cet auteur a plus particulièrement insisté sur l'importance du facteur émotionnel qui vient se surajouter au syndrome de débilité motrice en déclenchant des réactions inhibatrices secondaires : le débile moteur ressent douloureusement son incapacité et ce faisant, il ne fait que l'aggraver.

La débilité motrice de l'enfant peut prendre à l'école plusieurs tableaux :

1) Celui de l'*instabilité psychomotrice vraie* (ou instabilité sub-choréique de Wallon) que nous étudierons lorsque nous traiterons des troubles du comportement.

2) Les *tiqueurs*, les *bègues* et les *énurétiques* constituent un lot important de débiles moteurs.

Le *bégaiement*, plus fréquent chez le garçon, est congénital mais son objectivation est plus ou moins tardive : il existe, en effet, des familles de bègues.

Il constitue la résultante de troubles portant sur la motricité, la latéralisation et l'affectivité. Nous devons signaler en particulier la fréquence de la gaucherie dans les familles de bègues et la fréquente apparition du bégaiement chez le gaucher contrarié.

Quant aux causes affectives, elles peuvent correspondre à certaines circonstances de la vie familiale ou scolaire et entraîner soit un retard simple du langage, soit un trouble d'articulation, soit un mutisme comme on a l'habitude de le voir chez les très jeunes enfants (entre 3 et 7 ans).

Ce bégaiement temporaire ne pose pratiquement aucun problème de rééducation; son traitement sera d'ordre psycho-pédagogique. Il doit être opposé aux formes sévères et prolongées, la plupart du temps acquises et manifestement liées à une cause affective particulière, généralement anxiogène : chez ces enfants l'hyper-émotivité quasi constante représente un terrain constitutionnel sur lequel viennent se greffer d'autres réactions anxieuses qui alimentent un cercle vicieux. Ces formes posent un problème délicat; leur traitement long et décevant doit associer plusieurs variétés de techniques rééducatives et psychothérapiques, mais leur amélioration n'est souvent que temporaire.

3) Enfin le syndrome de débilité motrice se retrouve associé aux troubles de la latéralité chez l'enfant, et nous voulons ici plus particulièrement parler des gauchers, des dyslexiques, des dysgraphiques.

2° *TROUBLES DE LA LATERALITE*

Les troubles de la latéralisation sont très fréquents chez les jeunes enfants et doivent être vus, pour la plupart des cas, dans le cadre général d'un défaut de maturation psychomotrice, sans troubles neurologiques.

Ils associent avec des degrés variables selon les cas :

— La méconnaissance fréquente de l'orientation droite gauche,

— des troubles de la somatognosie,

— des troubles moteurs (désordres oculo-moteurs qui perturbent le jeu normal de la dynamique oculaire), syncinésies, paratonies, etc... qui sont en fait ceux d'une débilité motrice.

On y rencontre les bègues, les gauchers francs, les gauchers contrariés, les ambimanes...

Des études récentes tiennent compte du facteur héréditaire : il n'est pas rare de voir dans la même famille, un bègue, un dyslexique et un retardé du langage : on admet chez ces sujets qu'il y a à la fois une maturation constitutionnellement tardive des praxies nécessaires au dévelopement psychomoteur normal de l'enfant et un rôle joué par le milieu, c'est-à-dire le manque de stimulation affective et intellectuelle de l'entourage.

LES GAUCHERS (gauchers francs, gauchers contrariés).

La gaucherie constitue un problème scolaire important et le Médecin de Secteur est souvent appelé à donner son avis sur ce trouble particulier.

Il faut insister sur le fait que les méfaits de la gaucherie dite « contrariée » sont si bien connus tant des parents que du corps enseignant que l'on voit de plus en plus des enfants ambidextres, qui, en raison de leur maladresse à droite, ont été éduqués à gauche par peur de ces accidents psychiques.

Or l'écriture romaine est conçue pour être écrite de gauche à droite; elle est facilement menée par la main droite puisque faite pour elle : la main gauche ne sera habile à manier la plume que chez un gaucher franc.

L'enfant jeune est souvent mal latéralisé, débile moteur; il est en fait un ambidextre et pour Zazzo, « l'affirmation de la dextralité aurait pour cause autant une véritable maturation physiologique que l'exercice ». Dans certains cas douteux, on ne peut se prononcer définitivement avant l'âge de 6 ou 7 ans.

— Quel doit donc être le rôle du médecin scolaire?

Il semble nécessaire de pratiquer chez tout enfant mal latéralisé un examen de la motricité aussi précis que possible associé à une appréciation du niveau mental.

Si la motricité est bonne, si de plus l'enfant ne présente pas de difficultés intellectuelles ou affectives, il semble préférable de tenter une éducation à droite en premier en prenant des précautions nécessaires selon les conseils donnés par Mme Borel-Maisonny :

« ... Il y a peu d'enfants si profondéments gauchers qu'on ne puisse les entraîner à une écriture excellente de la main droite... mais ce qu'il faut éviter, c'est de créer des inhibitions par des interdictions intempestives et grondeuses. »

Si au contraire l'enfant présente l'une quelconque des difficultés déjà citées, il est préférable de respecter d'emblée la dominance latérale gauche.

DYSLEXIE-DYSORTHOGRAPHIE.

Le terme de dyslexie-dysorthographie, utilisé souvent de façon abusive pour expliquer maintes inaptitudes scolaires doit être rattaché uniquement à un syndrome clinique et pédagogique bien particulier, actuellement bien défini survenant chez des écoliers d'intelligence normale.

Ce terme désigne une *difficulté élective dans l'apprentissage de la lecture entre 6 et 8 ans.*

Plus précisément, c'est la *difficulté à identifier, comprendre et reproduire les lettres et les mots, en dehors de toute lésion neurologique;* d'où gêne dans l'apprentissage de la lecture et enfin de la scolarité toute entière.

— Comment se présente le petit dyslexique?

L'enfant au premier abord frappe par la médiocrité de sa lecture. A 8 ans, il devrait lire couramment et pourtant il en est encore au stade syllabique ou sous-syllabique; il suit du doigt le texte, produit un effort considérable et pourtant le résultat est lamentable. L'orthographe est aussi déplorable, les mots sont méconnaissables.

Par ailleurs, dès qu'il s'agit de calcul, de raisonnement, les résultats sont excellents, à tel point qu'on retrouve souvent les dyslexiques dans les têtes de classe.

Mais ici, c'est surtout la nature des erreurs qui fait le diagnostic. L'enfant confond des consonnes de forme voisine (m et n - j et g) ou d'orientation symétrique (b et d - p et q) ou encore des lettres de consonnance voisine (b et p - f et v). Il inverse la place des lettres dans les syllabes ou les mots (por au lieu de pro - possefi au lieu de possessif, prote au lieu de porte). Il ajoute des lettres ou il en omet, il omet même des syllabes ou des mots entiers. En fait il se souvient rarement du texte qu'il vient de lire. L'orthographe reste longtemps phonétique. (Ex. : anniverser pour anniversaire; ... les tude de l'hafabet mamusaient...) Les dictées sont émaillées de fautes d'accord et les règles grammaticales sont loin de trouver chez eux une oreille attentive.

Or ce trouble si particulier est accompagné d'un contexte riche en enseigements.

● *Les troubles du langage* sont retrouvés suivant la moyenne des statistiques dans 30 % des cas. Ils sont représentés par un langage tardivement acquis; pauvre et imparfait avec persistance du parler « bébé »,

- *Les troubles moteurs* expliquent la dysgraphie :

L'enfant sue et peine sur son travail, ses doigts contractés sur le crayon dessinent des lettres irrégulières, arrivent même à déchirer le papier. Le cahier est sale et mal tenu. Ces troubles moteurs sont souvent dus à un défaut de maturation des praxies manuelles dans le cadre d'une débilité motrice.

- *Les troubles de la latéralisation*

sont si fréquents chez les dyslexiques qu'on leur a longtemps incriminé l'origine des difficultés dans l'apprentissage de la lecture.

En effet, les gauchers francs ou contrariés, les ambimanes font des fautes d'inversion portant sur des symboles graphiques symétriques et arrivent même à avoir une écriture en miroir.

Mais en réalité ces choses paraissent être plus complexes et les troubles de la latéralisation ne peuvent pas être envisagés indépendamment du syndrome de débilité motrice, des troubles d'orientation temporo spatiale, des troubles du rythme visualisés par le fait que l'enfant a du mal à percevoir « l'ordre d'écoulement des éléments articulatoires de la parole ».

- *Enfin les troubles caractériels*

sont quasi constants. Leur mécanisme est facile à comprendre :

Le petit dyslexique est un enfant intelligent.

L'échec scolaire n'est pas en rapport avec ses facultés intellectuelles. Il le sait, il en souffre d'autant plus qu'il est en bute à l'incompréhension de ses parents chez lesquels peut naître un sentiment de honte, et de ses maîtres qui prennent ce trouble pour de la paresse et du laisser aller.

L'enfant ne tarde pas à réagir à cette situation qui lui est faite : ou bien ses réactions se font sur le mode anxieux avec terreurs nocturnes, phobie scolaire (50 %) ou alors des phénomènes de blocage intellectuel viennent se surajouter au déficit primaire. Enfin, des fugues, des vols, colères non motivées, des mensonges viennent signer une réaction d'opposition agressive (32 %).

Inversement, *les caractériels peuvent présenter des troubles dans l'apprentissage de la lecture;* ce sont des enfants qui se désintéressent de la vie scolaire ou qui sont vis-à-vis d'elle franchement hostiles. Le tableau clinique et pédagogique est souvent semblable, et souvent l'on ne sait dans les cas évolués si ce sont les difficultés dans l'apprentissage de la lecture qui sont à l'origine des troubles caractériels ou l'inverse.

Quel est le pourcentage des petits dyslexiques et quelle attitude doit adopter devant eux le Médecin Scolaire?

Il faut rapporter ici les statistiques relevées par de nom-

breux auteurs pour se persuader de la fréquence de la dylexie dans les milieux scolaires.

Durand de Bousingen en relève	3 % à
Mme Borel-Maisonny	3 à 20 %
Statistiques anglo-saxonnes	5 à 10 %
Statistiques danoises	5 à 10 %

Mais dans certaines régions mieux explorées, on arrive à trouver un pourcentage allant jusqu'à 15 et 20 %.

Le grand nombre d'enfants atteints, la gravité et la conséquence de ce syndrome lorsqu'il n'est pas traité et d'autre part l'excellent pronostic de la dyslexie précocement rééduquée justifie l'intensification d'un dépistage en milieu scolaire qui n'est encore que partiellement réalisé.

En effet, c'est en grande partie de la lecture que dépendent les progrès de la scolarité et c'est dans certains cas l'avenir tout entier de l'enfant qui entre en jeu : connaissances professionnelles, caractère, comportement et intégration dans la scolarité.

Pour le dépistage des dyslexiques, la collaboration de l'instituteur est nécessaire et peut-être même précieuse. Mais la plupart du temps on ne peut que signaler une certaine carence des milieux pédagogiques à ce sujet. Il serait bon que le Médecin Scolaire organise à leur intention des conférences d'information, mais souvent lui-même ne possède pas la formation nécessaire pour ce genre de dépistage qui dépasse ses préoccupations habituelles.

— En pratique, comment doit-il agir?

Il notera les renseignements fournis par le maître et examinera les cahiers de classe. Puis il soumettra l'enfant à diverses épreuves. La lecture en premier portant sur les lettres, les syllabes et leur inverse, des séries de mots de difficulté croissante. La dictée suivra, pratiquée dans les mêmes conditions et l'appréciation du niveau mental terminera l'examen.

Quelques tests pourront être utilisés comme ceux de Mademoiselle Rémy, mais c'est surtout le test de M^me^ Borel-Maisonny (test pour enfant de 5 ans et demi à 9 ans) qu'il est recommandé d'employer, test dont la version abrégée, beaucoup plus pratique constitue un ensemble d'épreuves équilibrées et suffisantes.

Or, dans la plupart des cas, le diagnostic positif est difficile à porter. Il faut éliminer en premier les « fausses dyslexies » données par la répercussion scolaire de certains troubles du comportement et surtout par la débilité mentale, qui, dans ses formes légères peut revêtir l'aspect de la dyslexie. Le diagnostic est fait par l'appréciation du niveau intellectuel.

Par ailleurs, les troubles sensoriels, de même que l'absentéisme et les fautes pédagogiques n'échapperont pas à un examen approfondi.

Mais, dans certains cas de dyslexie évoluée, dans des formes

complexes à la limite de la débilité ou présentant une intrication affectivo-caractérielle importante, dans certains cas typiques, le médecin scolaire devra recourir au spécialiste plus apte à juger et auquel le Médecin de Secteur ne saurait se substituer.

Leur dépistage correctement fait, les milieux scolaires pourraient être dégagés du grand nombre de dyslexiques qui gênent actuellement la marche normale des classes.

Notons que l'orientation correcte vers une rééducation spécialisée avec toujours reprise de la lecture à la base et méthodes de rythmique telles le « Bon Départ », devrait être effectuée avant l'accumulation d'un retard considérable ou l'apparition de troubles du comportement, signes d'alarme toujours trop tardifs.

Le traitement préventif constituerait encore la meilleure solution. Il consisterait à n'apprendre à lire aux enfants que lorsqu'ils y sont prêts, c'est-à-dire pas avant 6 ans, âge où les diverses gnosies et praxies nécessaires à l'apprentissage de la lecture sont acquises. Et partant de là, il conviendrait de se demander si la méthode globale doit être appliquée sans discernement à tous les enfants.

CHAPITRE SECOND

Inadaptations d'origine extrinsèque

A. — LE MILIEU FAMILIAL

Le milieu familial est particulièrement intéressant à étudier car générateur de nombreuses inadaptations scolaires. La famille est pour l'enfant un milieu irremplaçable. Elle forme sa jeune conscience, elle modèle son caractère sur celui de ses parents. Pour se développer et s'épanouir harmonieusement, l'enfant a besoin de ce bain de sécurité, de quiétude et d'harmonie qu'il ne trouve que dans la famille. Il veut bien être un être social, un individu à l'école, à condition de retrouver le soir la sécurité et la douceur familiale.

Malheureusement, il y a des enfants qui n'y retrouvent ni affection, ni sécurité, ni exemple à suivre. Et même un seul de ces besoins n'est-il pas couvert, l'enfant, petit être exigeant, est mal à l'aise dans le milieu familial, pour ne pas dire malheureux.

Nous allons envisager l'étude de ce milieu en insistant sur divers points particulièrement importants quant à leurs interférences sur le travail scolaire et le bon comportement de l'enfant en classe.

a) *Optique familiale des problèmes scolaires.*

Il nous faut insister tout d'abord sur le fait que nombre de familles sont anxieuses sur les perspectives d'avenir professionnel de plus en plus limitées. Le climat d'anxiété qui plane chaque fois qu'il est question de travail scolaire, d'examen de passage, de concours, finit par s'insinuer dans l'esprit de l'enfant et permet d'expliquer bien des inhibitions chez certains émotifs.

Dans d'autres cas, l'enfant est considéré comme une sorte de héros, de « super as ». Il lui est demandé un travail considérable pour tenir son rang. Aucune faiblesse ne lui est permise, une chute de quelques places au classement déclancherait un

drame. Il en est souvent de même pour les élèves d'intelligence moyenne que l'on veut « forcer » à tout prix.

Cette attitude est souvent dictée par l'amour-propre de parents trop sévères, trop exigeants et incompréhensifs. Ils peuvent pousser aux fugues, aux vols voire même au suicide.

Je ne citerai que l'exemple relaté par le Docteur Renaud :

« ... En début d'année, une grand'mère va présenter sa petite fille à la Directrice d'un collège. D'après l'âge et les connaissances de l'enfant elle devait entrer en 8e, mais la grand'mère voulait qu'elle entre en 7e et elle eut cette phrase ridicule : « Christine » a un père et une mère qui sont des super as, elle doit être aussi » un super as. » L'enfant suit très mal sa classe de 7e... »

Ces attitudes parentales se voient surtout lorsqu'il s'agit de garçons, les forçant souvent à un travail au-dessus de leurs capacités pour en faire finalement des intellectuels râtés.

b) *Les fautes éducatives.*

Ce sont elles qui sont le plus fréquemment à l'origine de l'inadaptation dans le milieu familial en premier, dans le milieu scolaire ensuite.

Mais parmi celles-ci, une distinction doit être faite entre *les fautes éducatives que nous pourrons appeler « traditionnelles »* et celles *consécutives aux méthodes d'éducation moderne.*

— Qu'entend'on par éducation?

« C'est le comportement que s'imposent les parents vis-à-vis de leur enfant dans le but de former son esprit et son caractère en provoquant chez lui des habitudes de penser et d'agir. » (J. Trélat.)

L'enfant vient au monde avec un capital intellectuel et caractériel qu'il hérite de ses ascendants.

L'éducation vise à favoriser le plein développement des qualités intellectuelles et des dispositions sociales et à combattre les dispositions caractérielles non conformes au plein épanouissement de l'enfant dans la société.

Il est certain que dans un très grand nombre de cas les troubles du comportement sont liés à une éducation défectueuse : Celle-ci peut aggraver des défauts déjà existants chez l'enfant; dans certains cas plus graves, elle peut les créer de toutes pièces.

Le comportement de la *mère* vis-à-vis de son enfant est alors déterminant.

Les mères superprotectrices ne laissent aucune initiative à l'enfant, président à toutes leurs occupations, finissent par étouffer leur personnalité et agissent avec lui comme elles le feraient avec un bébé.

L'enfant peut se laisser gagner par cette contrainte envahissante : il constitue plus tard le lot des enfants vieillis qui n'ont jamais su affronter la vie de face.

Mais à l'adolescence peut naître une révolte d'autant plus violente que la contrainte aura été plus poussée.

Obs. — Daniel S...

Signalé par l'instituteur : ne s'intéresse absolument pas à la classe, retard scolaire important, ne se lie avec aucun de ses camarades, est considéré comme un arriéré.

En accord avec la famille, nous le faisons passer en consultation spécialisée.

Résultat : Enfant d'intelligence limitée, à épauler du point de vue scolaire par des leçons particulières. Du point de vue familial, *mère hyperprotectrice* qui étouffe la personnalité de l'enfant.

Nous voyons l'instituteur pour lui suggérer ce qui est signalé par le médecin sur le plan scolaire.

Nous conseillons à la famille d'entourer davantage l'enfant de camarades de son âge, afin de le laisser jouer à son gré.

Deux mois après : l'enfant a fait de gros progrès scolaires, participe davantage aux leçons, s'y intéresse de meilleur cœur. Il s'amuse maintenant avec ses camarades de classe. En famille, il est beaucoup plus épanoui.

Le père, lui, n'est pas directement lié à l'éducation de l'enfant comme la mère. Néanmoins si son autorité est nécessaire dans la famille, ses interventions intempestives pour résoudre un conflit peuvent marquer définitivement l'enfant. Son autorité est souvent trop rigide, non compensée par des élans affectueux. Dans d'autres cas, absorbé par ses préoccupations professionnelles, il se désintéresse du travail scolaire de son enfant, ne se penchant pas sur ses progrès, ses efforts.

D'une façon générale, les conditions de vie actuelle ne permettent plus aux parents de consacrer à l'éducation de leurs enfants le temps nécessaire.

Les logements trop petits pour beaucoup et surtout pour les jeunes ménages ne permettent pas un isolement suffisant. De fait, l'enfant est mêlé de façon trop intime à la vie des adultes, à leurs problèmes, à leur anxiété, causes pour lui d'une plus grande anxiété, d'une instabilité qui se manifeste par la suite dans le travail scolaire.

Certains pensent que le fait de mêler l'enfant aux affaires familiales constitue un bon entraînement pour la vie sociale future, mais nous savons que la sensibilité de l'enfant est grande et qu'il ne peut voir un problème d'adulte sous son optique véritable, d'où anxiété, agitation, obsessions toujours possibles.

Les fautes éducatives consécutives à la conception moderne de l'éducation sont bien connues.

L'époque moderne réagit de façon violente contre l'attitude des générations antérieures qui basaient leur système éducatif sur la contrainte et l'autorité : Les techniques éducatives étaient transmises par tradition et finalement l'hygiène mentale des enfants destinés à vivre dans une société stable était assez satisfaisante. Actuellement un tel système ne pourrait s'envisager

dans une société toujours en mouvement où le système des valeurs change sans cesse.

C'est pourquoi, fidèle aux observations de Freud qui ont mis en lumière les complexes affectifs créés par le refoulement, la société moderne prône, en matière éducative le culte de l'initiative et l'épanouissement de la personnalité.

Or, comme les réactions sont toujours exagérées surtout au début, beaucoup de parents ont confondu respect de la personnalité enfantine avec licence, désordre, caprice, et ces enfants devenus des tyrans bouleversent la vie familiale comme ils bouleverseront leur classe.

Il faut donc que les parents actuels, dans ce domaine, trouvent une juste mesure.

Le Médecin Scolaire devra toujours s'intéresser à l'Hygiène de vie de l'enfant : L'enfant veille-t-il? Comment organise-t-il son travail du soir? Y a-t-il la télévision dans sa famille? Quel est son régime alimentaire? Quels sont ses loisirs et ses occupations extrascolaires?

c) *Les perturbations du milieu familial.*

Elles peuvent être inonmbrables et retentissent à coup sûr sur la vie scolaire de l'enfant.

Leur énumération serait fastidieuse et nous ne ferions souvent que répéter des cas envisagés dans d'autres chapitres.

A. — C'est pourquoi, nous pouvons dire schématiquement que toutes *les déficiences qui atteignent le milieu familial soit dans sa valeur matérielle, soit dans sa valeur morale ou intellectuelle,* ont un retentissement inévitable sur l'enfant.

Elles engendrent anxiété ou instabilité qui rendent l'élève incapable de travailler normalement.

Quelques observations rapportées par les médecins scolaires de l'Académie de Toulouse illustreront mieux qu'une énumération à quels problèmes se heurtent souvent Médecins et Assistantes Sociales pour soulager cette enfance malheureuse.

Obs. — 1° *Carmen R...* (14 ans).

Nouvelle à l'école. Retard scolaire et troubles du comportement qui inquiètent la maîtresse. Nous découvrons une situation familiale lamentable : père inconnu, mère hospitalisée à l'Hôpital Marchand (hôpital psychiatrique), élevée par une sœur qui vit en concubinage et n'a que les faibles ressources du chômage (12.000 francs). Cette sœur vient pourtant de prendre encore à sa charge une petite nièce de 6 ans. Nous les convoquons à l'école. La petite fille de 6 ans est très chétive et une cuti se révèle positive. Nous l'adressons par le D.A.T. à un aérium. La sœur aînée, elle-même instable, nous confirme quelques anomalies caractérielles de sa jeune sœur pour laquelle nous demandons un examen du *Centre de Neuro-psychiâtrie.* Nous recevons peu après la conclusion : inadaptation de cette enfant au nouveau milieu familial d'où il convient de l'enlever assez rapidement. Elle a confirmé entre temps ce diagnostic par une fugue qui a justifié d'alerter le service des Tribunaux d'enfants qui, à son tour, nous

demande un placement d'urgence (qui le devient effectivement encore plus après une tentative de suicide de la sœur aînée).

Notre assistante assure des liaisons rapides avec :
— Le service social Marchand;
— Le service social des Assistantes familiales (demande de tutelle);
— La caisse des écoles;
— L'A.M.G. qui est obtenu et permet d'envoyer Carmen au « Val Fleury ».

Carmen présente une assez rapide et bonne adaptation à cette Maison d'enfants où elle restera 6 mois. Elle vient d'être reprise en charge par le service des Tribunaux (après sa quatorzième année) et a été placée dans un Centre Ménager.

2° *Reine C...*

Nous est signalée par la Directrice de l'Ecole comme enfant en danger moral : *la mère est une psychopathe indiscutable* (paranoïaque, obsessions sexuelle et de persécution); le père est *débile mental* (atteint d'aboulie depuis une trépanation). L'enfant est tantôt abandonnée, tantôt hyperprotégée (suralimentée, par exemple, de façon désordonnée). Divers services sociaux se sont occupé de ce cas difficile car la mère ne peut être aliénée sans la demende du père qui est terrorisé, et sans constatation d'acte antisocial. Il faut donc placer l'enfant pour l'isoler du milieu familial. Personne n'y a, jusqu'à présent réussi, la mère s'y refusant. On me demande d'intervenir d'urgence et, pour ne pas éveiller les soupçons de la mère, celle-ci est convoquée avec l'enfant pour une visite d'admission, au milieu d'un autre groupe. La visite médicale de l'école, prévue pour plus tard. est même avancée afin d'agir vite.

L'entrevue avec la mère a duré plus d'une heure à l'issue de laquelle celle-ci était décidée au placement de l'enfant

3° *Rapport social.*

Elève de 17 ans. Mère : serveuse. Père : invalide s'occupe de l'intérieur.

Au collège, l'élève est appréciée de ses camarades, de ses professeurs. A la maison, le père se heurte à lui, il n'accepte pas les « trop longues heures » passées par son fils sur des cahiers ou des livres alors qu'il aurait tant à faire à la maison. Les heurts répétés amènent le père à une décision de demande d'admission du fils en maison de correction. Détresse de la maman. Etudes interrompues. Nous intervenons alors :

Examen de l'élève. Tests pratiqués : résultats excellents.

Nous demandons l'admission en internat avec bourse partielle et maintien des rapports avec la famille. Le père accepte. L'équilibre est retrouvé. Après un trimestre difficile l'an dernier, l'élève a été cette année durant deux trimestres le major de sa classe...

B. — Lorsqu'il y a *modification de la structure du milieu familial* par dissociations, dislocations ou décès.

Le problème du divorce est toujours d'une actualité brûlante. On comptait en 1952, 1 divorce pour 5 mariages dans la Seine.

Le divorce produit toujours un choc affectif chez les enfants avec tout ce qu'il comporte comme difficultés sociales, changements de milieux, etc...

Obs... — Danielle (12 ans).

Admise en cours d'année au Lycée X... Bonne élève, elle inquiète tout de même les professeurs qui ne peuvent arriver à la connaître, elle n'ac-

cepte aucune observation, et un beau jour à la suite d'une réprimande légère, *elle fugue* et est renvoyée du Lycée.

La connaissance de la famille nous apprend alors qu'il s'agit d'un foyer divorcé. Danielle vit tantôt avec sa mère employée de bureau dans une usine, tantôt avec son père, remarié avec une jeune femme de 20 ans plus jeune que lui.

Que vont-ils faire d'elle, ils ne savent pas, ils ne peuvent rien tirer de cette enfant renfermée et ne comprennent même pas que l'origine du déséquilibre réside probablement dans leur propre vie.

L'assistante du Lycée où elle était antérieurement, nous apprend qu'elle a été renvoyée de cet établissement pour les mêmes raisons.

Avec beaucoup de mal nous faisons accepter une consultation psychopathologique de la famille : le psychologue est formel, il faut éloigner l'enfant du milieu, lui trouver un petit internat où elle sera pensionnaire et où elle s'équilibrera, ce qui fut fait, il y a deux ans de celà; Danielle est une meilleure élève encore et n'a pas recommencé à fuguer... .

Un cas particulier à considérer est celui du garçon vivant avec sa mère seule.

« ... l'absence d'identification au père explique son comportement captatif, ambivalent, générateur de culpabilité et d'angoisse et là encore, ce sont des difficultés affectives qui expliquent en réalité l'échec scolaire éventuel. » (J. Trélat et Koupernik.)

En fait, les grands problèmes qui dominent à l'heure actuelle l'hygiène mentale des écoliers et du pays tout entier sont d'une part le problème du logement, d'autre part celui de l'alcoolisme, enfin le problème scolaire.

Le manque de logements suffisants force la majeure partie des français à s'entasser et à vivre dans des conditions indignes d'une nation civilisée. L'alcoolisme en découle : il n'est pas besoin de décrire les ravages qu'il produit, nous en avons tous les jours sur les journaux de pitoyables exemples. Si nous voulons améliorer la santé mentale de nos enfants et par eux du pays tout entier, c'est à ces deux problèmes que nous devons nous attaquer. Quant au problème scolaire : insuffisance des locaux, surpeuplement des classes, surcharge des programmes qui gâchent les meilleures années de nos enfants sans pour cela être profitable à leur culture, nous vous proposons de l'aborder maintenant.

B. — LE MILIEU SCOLAIRE

Dans le cadre général de l'inadaptation scolaire, l'enfant pour des causes pathologiques ou sociales peut ne pas réussir à s'intégrer dans son groupe, mais le contraire peut se produire, en ce sens que *l'école peut dans une certaine mesure être mal adaptée à l'enfant normal lui-même* et « c'est le milieu qu'il con-

viendrait de modifier pour lui donner une structure qui remédie à ces inadaptations » (P. Bodin.)

1. — L'ECOLE NE DOIT PAS NUIRE A LA SANTE DE L'ENFANT.

a) *Conditions matérielles défectueuses.*

● *Le taudis scolaire.*

Nous avons insisté sur les conséquences du taudis familial; le *taudis scolaire* existe aussi. Dans nombre de campagnes, de villes même, il persiste beaucoup trop de ces écoles qui n'ont d'école que le nom. Sombres, au point de nécessiter un éclairage toute la journée, mal aérées, les murs salis par les ans, ces écoles ne devraient plus exister : l'enfant, assis sur les bancs inconfortables et générateurs de déformations squelettiques s'étiole dans une classe où le soleil n'entre jamais, où la poussière donne à tout une teinte uniforme.

Le Médecin Scolaire est assez bien armé à leur sujet grâce à l'existence du *casier sanitaire* dans lequel il signale tout ce qui n'est pas conforme à l'hygiène des locaux scolaires.

Mais ses fonctions de médecin au sein de l'Education Nationale l'appellent à jouer un rôle plus en profondeur. Il lui incombe de s'intéresser à tout ce qui touche de près ou de loin, directement ou indirectement la « chose scolaire ».

C'est ainsi qu'il est appelé à donner son avis sur des questions dont certaines se posent actuellement avec une particulière acuité.

● *Les classes surchargées* sont dues à l'insuffisance des locaux scolaires devant la poussée démographique actuelle. Elles favorisent la turbulence et l'inattention. Le maître submergé ne peut accorder à chacun l'attention et le soin qui lui est dû. Les enfants lents ou maladifs ne peuvent accorder leur rythme à celui de la classe d'où accumulation de retards scolaires.

● *La répartition de l'emploi du temps* qui exige de l'enfant une participation intellectuelle trop longue dans la journée. La méconnaissance des lois physiologiques entraîne souvent un malmenage scolaire et même un surmenage dans les établissements secondaires. Les activités intellectuelles y sont poussées au détriment des activités physiques. Il n'est pas assez tenu compte des possibilités d'attention et des besoins de détente de l'enfant.

« ... De même, l'emploi du temps classique, qui disperse l'enfant entre des matières très différentes, doit-il être maintenu, ou vaut-il mieux harmoniser cet emploi du temps? Par exemple dans une demi-journée vaut-il mieux faire uniquement du français, du latin, de l'éducation physique ou du travail dirigé de français et latin? De même serait-il bon d'étudier le temps nécessaire à la mise en train... » (Madame Brunsckwig). C'est tout le pro-

blème de la Réforme de l'Enseignement. C'est dans ce cadre semble-t-il qu'il convient d'assumer une surveillance sur les Ecoles Primaires Supérieures.

- *Les problèmes d'Hygiène générale.*

Il ne servirait à rien au Médecin de Secteur de se préoccuper de l'Hygiène mentale de ses élèves et de faire prévaloir ses idées en matière de pédagogie s'il se désintéressait des conditions de vie de ses enfants.

Certain, que ce soit en milieu rural ou en milieu ouvrier vivent dans des conditions telles qu'ils ignorent à peu près tout de *l'hygiène corporelle.* Aussi le médecin doit-il avec l'assistante sociale insister auprès des municipalités pour faire installer dans leurs écoles des lavabos convenables, des douches même afin de faire prendre à ces enfants des habitudes de propreté qu'ils ne reçoivent pas chez eux.

La surveillance de l'alimentation constitue pour le médecin une des activités les plus difficiles à mener à bien, car beaucoup d'erreurs alimentaires, d'excès font partie d'habitudes locales ou régionales.

Une enquête a été effectuée dans les établissements du 2e degré et de l'enseignement technique de l'Académie de Toulouse (85 établissements) durant deux périodes consécutives (hiver et printemps 1957). Elle a montré les résultats suivants :

Consommation insuffisante de produits laitiers et végétaux frais (fruits et légumes), avec consommation excessive de corps gras et féculents.

Nous avons notamment relevé quelques chiffres portant sur la seconde partie de l'enquête (semaine du 3 au 8 juin 1957).

— 61 établissements donnent au petit déjeuner une quantité de lait inférieure au quart de litre.

— 4 établissements n'utilisent pas de beurre, soit cru soit pour les préparations culinaires.

— 10 établissements *ne servent jamais de crudités au début du repas (remplacé par potage midi et soir).*

— 69 établissements en donnent moins d'une fois par jour.

— 29 établissements donnent des légumes frais *moins d'une fois par jour.*
Ceux-ci sont *remplacés à cette période de l'année par des légumes en conserve* et l'on a même relevé le cas d'un établissement qui en donnait 6 fois dans la semaine, le seul légume frais servi étant la salade. Un autre ne donne jamais de fruits crus.

— 28 établissements *soit plus du tiers de l'effectif donnent des féculents une fois par jour et plus.*

— 20 % donnent pour le goûter du pain sec aux élèves et

— 15 % ne donnent pas de goûter.

Cette pratique suppose que l'élève doit compléter son repas par sa « caisse à provision »; or, d'après les instructions officielles (Circulaire 18 février 1954) elle devrait disparaître de tous les établissements.

Au point de vue équilibre de la ration alimentaire 10 % des établissements donnent une ration lipidique supérieure à 100 gr par jour et par élève. Les besoins caloriques sont couverts en général mais grâce à une consommation prépondérante de glucides qui sont pour les internats la source calorique la meilleur marché. Nous devons noter de plus une prépondérance marquée des protides végétaux sur les protides animaux (plus des 2/3). Cela tient souvent au discrédit des poissons et à l'abus des viandes en sauce qui rebutent bon nombre d'adolescents.

Ces chiffres ne sauraient être généralisés. Ils portent sur un nombre d'établissements limités, sur une seule région et sur une période courte. Néanmoins, ils nous permettent d'entrevoir que si la ration alimentaire est en général suffisante pour les adolescents en période de croissance, elle est la plupart du temps mal équilibrée. Et l'absence d'apport en vitamines par l'intermédiaire des végétaux ne saurait être négligé.

Mais les erreurs alimentaires, pour ne pas dire carences se voient dans une plus grande proportion au sein des familles. Que de fois le médecin scolaire ne voit-il pas le maître lui présenter des enfants débiles physiques, mal tenus, retardés au point de vue scolaire! Certains, en milieu rural font plusieurs kilomètres pour venir en classe et lorsque midi arrive, on les voit sortir de leur sac un morceau de pain parfois beurré, avec une pomme, un peu de chocolat ou de sucre accompagné la plupart du temps d'une bouteille de vin rouge. Nous avons vu de tels enfants se nourrir ainsi sans la moindre boisson chaude par une température de moins dix. C'est donc là un double problème : celui de la nourriture insuffisante ou déséquilibrée et de l'éloignement de certains élèves par rapport à leur école.

Les instituteurs se sont émus de cet état de chose. Aidés par les municipalités, soutenus par médecins et assistantes sociales scolaires, ils ont participé à la création et au développement des *cantines scolaires*. Celles-ci quoique en nombre insuffisant sont menées par les instituteurs avec un dévouement qui force l'admiration; ils permettent ainsi à un bon nombre d'enfants d'avoir un repas sain et équilibré, celui-ci étant parfois pour les plus déshérités d'entr'eux le seul repas de la journée. Mais il reste encore des cas où les parents ne peuvent ou ne veulent pas faire la modique dépense permettant à leurs enfants l'accès à la cantine et cela entraîne un accroissement de difficultés.

L'organisation du *service de « ramassage » des enfants* s'effectue normalement en ville dans certaines usines ou organisations. Il est encore insuffisant et trop souvent même inexistant en milieu rural. Les tout petits, en pays de montagne notamment,

doivent parcourir à pied et par tous les temps des distances considérables; la dispersion des hameaux, la dépopulation progressive de certaines campagnes explique qu'il n'y ait parfois qu'une école pour une superficie de terrain assez étendue. Un ramassage bien compris éviterait fatigue, perte de temps, et risque d'accident certain.

b) *Conditions imposées par le milieu scolaire.*

— L'existence d'un quelconque cadre scolaire suppose la mise en application d'*un minimum de discipline.* Celle-ci ne correspond pas souvent, il faut dire avec les méthodes éducatives modernes appliquées dans beaucoup de familles où les caprices d'un enfant sont regardés comme la première manifestation d'une personnalité originale.

C'est ainsi que les enfants livrés à eux-mêmes « éclatent » dans le cadre habituel de l'école. Il en est de même des instables, des caractériels communément appelés « nerveux » dont la sensibilité a besoin de secousses... « aussi ces caractères-là sont-ils conduits à les rechercher toutes faites autour d'eux : rue, lectures excitantes, spectacles, réunions bruyantes, recherches hors série, et dans les cas extrêmes, grandes secousses émotives (J-3 criminels, voleurs d'autos, etc...) Il est clair, que pour ces caractériels le travail et la vie scolaire risquent de paraître bien fades si on ne sait les aménager, les adapter aux exigences du tempérament. » (A. Le Gall.)

— *L'intégration à la vie collective* peut être difficile chez certains enfants timides, hyperémotifs.

Les enfants uniques, habitués à être choyés dans leur famille s'accomodent parfois mal de ce climat d'égalité, de petite république qui règne à l'école.

Les égocentriques, les impulsifs, les paranoïaques ne lient pas facilement des liens affectifs et restent en dehors des groupes.

Mais les facteurs familiaux et sociaux interviennent pour une large part entraînant une mauvaise adaptation à la collectivité scolaire.

René Zazzo a pu établir que « *la différence du milieu a plus d'influence sur l'instruction que la différence d'hérédité* ». Certains enfants supportent mal le long handicap de la misère et se replient sur eux-mêmes, résignés, abandonnant d'avance la lutte scolaire.

Inversement, le travail et le succès scolaire apportent à certains une compensation à certaines frustrations et permettent un épanouissement qu'ils ne trouvent pas chez eux.

Remarque. — Un cas particulier est posé par la «*mise en pension* » d'enfants présentant des difficultés scolaires ou familiales. C'est une solution fréquemment envisagée par les parents

mais en fait c'est un problème qui doit faire discuter le pour et le contre pour chaque cas individuel.

Il est indiscutable que pour certains élèves, indisciplinés, instables ou mous qui ont besoin d'être épaulés dans leur travai, l'internat présente des avantages certains, encore faut-il compter sur la qualité de l'établissement. Il en est de même en cas de carence du milieu familial : la vie calme et équilibrée d'un internat apporte une ambiance salutaire aux troubles engendrés par le désordre familial.

Mais souvent il s'agit là d'une solution de facilité à laquelle on fait trop souvent appel sans considérer les conséquences psychologiques du placement. Il s'agit le plus souvent d'un caractériel dont l'inadaptation scolaire n'était que la projection de difficultés affectives dans le cadre familial. « ... La rentrée en « pension » a quelques chances certes, d'améliorer le comportement en apparence, mais l'éviction familiale dans ces circonstances est souvent péniblement ressentie, jamais facilement oubliée et risque de détacher et d'opposer par la suite durablement l'enfant à ses parents... » (Trelat et C. Koupernik.)

Dans la presque totalité des cas, il faut essayer le plus possible de garder l'enfant dans le cadre familial. L'internat, surtout l'internat prolongé déforme la personnalité, tue les initiatives, constitue un cadre trop rigide pour les besoins affectifs de l'enfant ou de l'adolescent. C'est souvent, non l'enfant qu'il faut « visser », mais le cadre familial qu'il faut améliorer, adapter aux exigences naturelles de l'enfant.

— *Le Maître.*

Il y a de bons et de mauvais maîtres.

Certains n'ont pas compris clairement leur rôle dans sa totalité : Car il y en a qui n'envisagent dans leur profession que l'aspect scolastique et intellectuel, d'autres pour qui la discipline et l'autorité doit tenir la première place; d'autres enfin se montrent indifférents; c'est somme toute une « *inadaptation du maître* » *aux exigences de sa profession.* Certains n'aiment pas et ne comprennent pas leurs élèves, leurs problèmes psychologiques ou affectifs et loin de les aider à passer les caps difficiles en restant en contact avec leur famille, ils sont à l'origine de stagnation, d'échec et d'inadaptation scolaire plus ou moins définitive.

Ils doivent être en un mot *éducateurs* et l'on conçoit que cette profession ait les exigences d'un sacerdoce.

Il est un autre mal contre lequel instituteurs et professeurs doivent lutter, c'est la *routine :* Les enseignants les mieux doués le savent bien. Il leur faut toujours se renouveler, rendre vivant leur enseignement et la vitalité et les progrès d'une classe dépendent souvent du maître. A eux, il convient de savoir répartir leur emploi du temps dans la journée pour lutter contre deux

ennemis toujours présents dans les classes, l'inattention et l'ennui.

A côté de cela, rappelons les cas de maîtres incapables d'assumer convenablement leur rôle par suite d'infirmités, de maladies mentales, sans parler de complexes plus ou moins liquidés. Rappelons le danger et la fréquence de la tuberculose chez les enseignants. Le Médecin Scolaire est tenu d'assumer une surveillance médicale et de tenir le dossier médical du personnel enseignant.

— Terminons enfin en rappelant les *caps critiques* ou périodes « difficiles » où les risques de mauvaise adaptation sont les plus grands.

1) *Passage à 6 ans* de l'école maternelle au cours préparatoire. L'enfant habitué aux jeux est astreint subitement aux exigences et aux disciplines de la vie scolaire.

2) *Passage de l'enseignement du premier degré à l'enseignement du second degré* (vers 11 ans). Les élèves habitués à être conduits et conseillés dans leurs études par un même maître, sont subitement en présence d'une organisation différente du travail, de maîtres multiples qui ne se préoccupent guère de l'organisation du travail personnel de chaque élève, d'où déséquilibre, fléchissement de la scolarité.

3) *Vers la quatorzième année* quand se posera le problème de l'orientation professionnelle ou de la poursuite des études vers l'enseignement long, l'enseignemnt court ou l'enseignement professionnel.

C'est à ces divers niveaux que les éducateurs souhaitent pouvoir compter sur la coopération du médecin, de l'assistante sociale, du psychologue scolaire et plus spécialement pour résoudre les problèmes posés par les « résidus de classe. »

2. — L'ECOLE DOIT ASSURER L'EPANOUISSEMENT DE L'ENFANT.

Telles sont les tendances actuelles en matière de pédagogie : Celle-ci « doit tenir compte des besoins et des intéèrêts de l'enfance; elle doit être individuelle, respectant la personnalité de chacun; elle doit viser une éducation dans tous les domaines. »

1° *L'éducation physique et sportive*

est parfois complètement négligée dans certaines écoles primaires. Le besoin de détente est souvent trop méconnu. L'enfant a besoin de se dépenser et c'est au médecin scolaire à savoir canaliser ces forces vives vers une activité physique bien comprise.

L'arrêté du 15 septembre 1959 fixe les règles nouvelles relatives à la classification des élèves des établissements d'enseigne-

ment de tous ordres en groupes pour la pratique des exercices d'éducation physique et sportive et à l'octroi des dispenses d'éducation physique et sportive.

1° « ... Les élèves seront classés à l'avenir de façon suivante :

Groupe A - a : élèves *aptes* à l'éducation physique et sportive *collective sans restriction,* c'est-à-dire ceux qui ressortissaient du groupe 1 (bons) de la classification de 1945.

Groupe A - b : élèves *aptes* à l'éducation physique et sportive *collective* pratiquée avec leur classe avec *dosage* (ancien groupe II : moyens).

Groupe B - a : élèves relevant d'une éducation physique et sportive pratiquée en dehors de leur classe ou même de l'établissement, c'est-à-dire ceux qui sont justiciables de *rééducation physique* (ancien groupe 3 : à ménager).

Groupe B - b : élèves relevant d'une éducation physique et sportive *particulière et individuelle,* pratiquée sous la surveillance médicale (ancien groupe 4 ou inaptes définitifs).

Cette classification ne détermine pas l'aptitude des élèves à la pratique des sports de compétition. Dans ce domaine, le classement se fait selon la réglementation antérieure.

2° « Le seul médecin scolaire a désormais le pouvoir d'accorder ou de refuser les dispenses d'éducation physique et sportive qui ne sauraient être désormais que des dispenses temporaires... »

En cas de litige avec la famille ou le médecin de famille, il appartiendra au Recteur d'Académie, en dernier ressort de statuer après avoir fait appel s'il le juge nécessaire à un médecin spécialiste compétent.

3° « ... Le plein air fait partie intégrante de l'éducation physique et sportive... Tout élève dispensé d'éducation physique et sportive le sera automatiquement de plein air... »

2° *Le matériel scolaire*

La qualité essentielle de ce matériel est d'être adapté à l'enfant tandis que trop souvent c'est l'enfant qui s'y adapte comme il peut, plutôt mal que bien.

Depuis plusieurs années, déjà, de gros progrès ont été réalisés et nos enfants bénéficient de locaux neufs et adaptés qui ne ressemblent en rien aux tristes écoles où nous avons passé notre enfance.

Les anciens bancs sont remplacés par des *sièges* confortables, adaptés à la taille des élèves qui leur permettent d'avoir une attitude correcte et de la conserver sans fatigue : en effet, l'enfant doit être assis de façon que sa jambe fasse avc sa cuisse un angle droit et que ses pieds reposent bien à plat sur le sol.

L'appui dorsal est conservé mais le dossier doit être assez grand pour que l'enfant fatigué, ne glisse pas son dos entre le dossier et le siège proprement dit.

La *table* ainsi que le siège doivent être en bois comme l'indique le règlement. Le pupitre doit être très légèrement incliné vers l'élève pour éviter à ce dernier de se pencher en avant et pour éviter l'éblouissement dû à la réflexion de la lumière artificielle sur une surface plane.

Indépendants dans certains établissements secondaires, pupitre et banc sont fixés pour tous les élèves au-dessous de 14 ans.

Le *cartable* a subi de nombreuses variations. La mode actuelle est au porte-document, système peu pratique pour de jeunes enfants.

Les modèles des cahiers et des livres ont été fixés par le règlement. Le papier trop blanc et le papier glacé, en particulier, doivent être rejetés de la pratique scolaire en raison de l'éblouissement qu'il provoquent. Le papier blanc mat ou légèrement teinté est actuellement utilisé.

L'*ancien tableau noir* (bois noir ou ardoise) est aujourd'hui de plus en plus délaissé. Le bois noir se décolorait trop vite, l'ardoise était trop triste. C'est pourquoi les hygiénistes rompant avec la tradition, ont préconisé l'emploi du tableau vert sombre ou bleu vert sur lequel la craie blanche et surtout la craie jaune trace des caractères plus visibles.

Sa position dans la classe doit être particulièrement étudiée : placé entre deux fenêtres, il provoque une fatigue oculaire, incliné en arrière, il réfléchit les rayons lumineux et provoque l'éblouissement de l'élève : le tableau doit être toujours placé en position strictement verticale ou légèrement incliné en avant. Le mode d'éclairage tangentiel donne de bons résultats.

Eclairage et confort visuel.

« ... Le médecin, plus que tout autre sait que la recherche d'un bon éclairage dans les classes ne constitue ni un problème oiseux, ni un luxe inutile; sans doute objectera-t-on que l'école la mieux éclairée et la plus harmonieusement colorée ne produira pas plus de génies que les classes d'autrefois avec leurs murs gris ou bruns, leurs fenêtres hautes et étroites, leurs lampes rares. Du moins le travail s'y fera-t-il plus aisément, plus confortablement, les troubles visuels y seront plus rares, s'y développeront moins et surtout l'enfant y fera l'apprentissage de la vie au contact d'une image encourageante et optimiste de la société. Si l'on veut bien admettre, en plus qu'une ambiance agréable incite l'enfant à l'ordre et à la propreté et lui inculque le goût de la beauté, on peut dire que la résolution du problème

lumière-couleur donne un bilan nettement positif... » (Docteur Leclerc.)

1° Chaque fois que cela est possible, il faut utiliser la lumière naturelle d'origine solaire mais à condition de savoir l'adapter et la tempérer pour qu'elle réponde aux exigences du travail demandé. Une intensité de 10 lux au minimum est exigée en chaque point de la classe, mais un bon éclairement n'est obtenu qu'à partir de 20 lux.

Quelles sont les règles à observer?

— *Eviter l'éblouissement* d'où le problème de l'orientation des classes (l'exposition au Sud ou à l'Est donne les meilleurs résultats; l'exposition Sud-Ouest expose les élèves à l'irradiation solaire pendant les heures les plus chaudes de la journée).

L'éclairage bilatéral est parfois contesté en raison du faux jour qu'il produit; l'éclairage unilatéral gauche qui évite l'ombre portée de la main qui écrit donne de bons résultats.

Le règlement précise que la surface des ouvertures doit représenter au minimum le quart de la surface à éclairer.

— *Eviter les différences excessives de lumance* qui obligent l'œil à une adaptation perpétuelle.

— *Eclairement optimum de l'objet.*

2° L'éclairage *artificiel* ne doit pas être négligé (heures sombres d'hiver, ateliers des centres d'apprentissage, études d'internats).

Il doit se rapprocher le plus possible des caractéristiques offertes par la lumière du jour à laquelle nous sommes naturellement adaptés. Mais il nécessite des intensités de 100 à 120 lux toujours plus élevées qu'en lumière naturelle.

Les lampes à incandescence donnent un confort visuel convenable à condition de diminuer l'éblouissement qu'elles ne manquent pas de provoquer par des réflecteurs et diffuseurs opalins.

Les tubes fluorescents introduits en France en 1945 ont une efficacité lumineuse élevée, permettent une bonne diffusion de la lumière, consomment moins d'énergie et ont une durée d'utilisation 3 à 10 fois plus longue. Leurs seuls inconvénients sont liés à des accidents de photosensibilisation par ailleurs rares. Nous ne parlons pas du papillottement qui est facilement combattu par un déphasage et un montage en duo ou en trio.

Choix des couleurs dans les salles de classe.

On ne peut établir un éclairage rationnel sans tenir compte des couleurs destinées aux murs. Les deux éclairages usuels, incandescence et fluorescence du fait de la composition différente de leur spectre se comportent vis-à-vis des couleurs de façon différente. De toute façon, il convient de choisir pour les

murs des teintes claires, fraîches, à réflectance élevée; mais mates pour éviter tout éblouissement secondaire.

3° *LES EXPERIENCES SCOLAIRES DE VANVES*

On connait le rebondissement extraordinaire qu'eut en France et à l'étranger la communication faite à l'Académie Nationale de Médecine par MM. Fourestier, David et Huguet au sujet des premiers résultats de l'expérience des études primaires à mi-temps et ceux de la première « Classe de Neige ». « Elle traduisait en fait la concrétisation d'aspirations confuses dans le monde de l'enseignement et dans toutes les couches sociales de la nation vers un changement radical de nos mœurs pédagogiques. »

1. *Le mi-temps pédagogique et sportif.*

Le but de cette tentative était de réduire au minimum les heures consacrées aux diciplines intellectuelles, en respectant le programme officiel de manière à faire une plus large place aux exercices physiques. Les élèves des classes d'expériences étaient comparés avec des élèves de classes témoins, d'âge moyen identique (11 ans, 6 mois) et soumis au régime d'étude normal.

Voici la répartition de l'emploi du temps :

— Classes d'expérience : présence scolaire hebdomadaire de *38 heures*. Toutes les matinées sont occupées par le travail intellectuel, repris à l'étude du soir de 17 heures à 18 heures. Quatre après-midi par semaine sont consacrées aux sports, encadrées de deux siestes d'une demi-heure et suivies d'un goûter, une aux enseignements spéciaux (atelier - dessin - chant).

— Classe témoin : présence scolaire hebdomadaire de *36 heures*. Les résultats de cette expérience qui a duré 3 ans sont les suivants :

— Gain moyen de taille de 7 cm et de poids de 2 kg pour les élèves de la classe d'expérience avec disparition des attitudes vicieuses, éréthisme cardiaque, petites maladies comme bronchites, etc... De plus augmentation très nette de la capacité vitale.

— Quant au palmarès pédagogique (succès au certificat d'études primaires) : *84 %* de succès pour les classes à mi-temps contre *78 %* pour la classe témoin.

2. *La « classe avec sieste ».*

Tous les directeurs d'école sont unanimes pour dire que le travail intellectuel de l'après-midi est nul pour 90 % des enfants se situant au-dessous de 7 ans et que, compte tenu du programme imposé, le travail du matin est largement suffisant. Il suffit d'observer ces enfants pour s'assurer des signes de fatigue et d'énervement. Leur repas de midi pris à la hâte, dans une atmosphère familiale survoltée par les conditions de vie trépidante de notre époque, les petits écoliers ne voient plus leur digestion facilitée par une sieste comme au temps jadis...

L'expérience a débuté à Vanves en 1957 et se poursuit toujours.

Une disposition ingénieuse et peu coûteuse a permis de réaliser une sieste collective dans le cadre même de l'école d'une durée d'une heure. L'équipement comprend 3 lits pliants collectifs pour une classe de 45 élèves. « Chaque lit possède un encadrement de tubes métalliques, articulés, supportant une toile ignifugée, roulant au sol sur des galets caoutchoutés. La base de l'appareillage est scellée dans la cloison du fond de la classe sur laquelle il est replié en période de non fonctionnement (0 m 60 d'épaisseur)... » Le lit se dépliant à 20 cm au-dessus des pupitres, rien n'est déplacé et une minute suffit à une seule personne pour déplier et replier chaque lit.

Les premiers résultats, avec un certain recul s'avèrent très intéressants : impression d'euphorie physique de toute la classe et meilleur rendement scolaire. La lecture en particulier trouve des écoliers beaucoup plus perméables (caractéristique de l'effet décontractant du sommeil récent).

Ces expériences ont d'ailleurs des visées beaucoup plus étendues. Tout un plan d'étude est en cours d'exécution pour établir les relations qui existent entre le besoin de sommeil (satisfait ou non) chez le jeune enfant et son comportement physiologique, intellectuel et pour trouver l'étiologie de certaines difficultés à l'endormissement.

3. *Les « classes de neige ».*

Dans le cadre du mi-temps pédagogique et sportif, ces classes devaient permettre, entr'autre, aux enfants des classes sociales défavorisées de bénéficier du climat de la haute montagne.

Les classes de neige durant 1 mois d'hiver connaissent en France un essor extraordinaire. L'expérience a débuté à Vanves en 1953 avec 32 élèves, en 1958 près de 10.000 petits Parisiens et 5.000 enfants de province sont partis à la montagne.

Ces classes ne sont pas des colonies de vacances d'hiver, ni des écoles de plein air à la montagne pour déficients ou convalescents; elles s'intègrent normalement dans le programme scolaire et tout enfant devrait désormais en bénéficier, si ce n'étaient les difficultés financières et d'organisation.

Qu'on en juge par l'emploi du temps journalier :

7 h. 15	Lever, toilette, petit déjeuner.
8 h. 15 à 11 h. 15	Classe.
11 h. 15 à 13 h.	Déjeuner.
13 h. à 16 h.	Leçons de ski, longues promenades sur les crêtes ou en forêt.
16 h. à 17 h. 30	Goûter et sieste strictement observés.
17 h. 30 à 19 h. 15	Suite du travail entrepris le matin; étude.
19 h. 15 à 21 h. 30	Diner et veillée libre puis couvre-feu.

Les résultats ont été extraordinaires.

— Ce stage en montagne a été plus efficace que six mois d'Education physique en ville.

— L'ardeur au travail intellectuel s'est retrouvée même chez les plus paresseux.

— Enfin ce fut pour ces 32 enfants d'une banlieue parisienne quatre semaines d'un bonheur total, incroyable au départ tel qu'on peut l'imaginer à la lecture de ces quelques mots griffonnés par l'un d'eux à ses parents : « Maman, inutile et impossible de t'écrire, c'est plus beau qu'un conte de fées... »

QUATRIEME PARTIE

Orientation actuelle du Service de Santé scolaire universitaire

Intégré à l'Education Nationale, le Service de Santé Scolaire Universitaire doit être considéré *comme un service de l'enseignement.*

Sa mission essentielle est d'apporter aux éducateurs les éléments indispensables à la solution des problèmes posés par la scolarité ou le comportement de certains élèves. Son action sur les deux éléments du couple « enfant - école » doit tendre à obtenir que soient réalisées les conditions les plus favorables au développement physique et intellectuel, à l'acquisition des connaissances et à l'épanouissement de toutes les virtualités des enfants scolarisés.

Comment et quand devra se situer l'action ainsi définie?

1. *A l'entrée de l'école maternelle.*

— Un examen *médical complet* est pratiqué sur tous les enfants qui la fréquentent pour la première fois.

— Un examen annuel permettra ensuite de suivre le développement de chaque élève jusqu'à l'entrée à l'école primaire.

2. *Au cours de la sixième année* : âge précédent l'entrée à l'école primaire (cours préparatoire première année), un *bilan médico-socio-pédagogique* est établi en présence des parents.

Tenant compte du faisceau de renseignements recueillis au long de la scolarité — jusqu'à l'âge de six ans — par les maîtresses et directrices d'écoles maternelles, les médecins et l'assistante sociale scolaire peuvent, en connaissance de cause, *orienter* l'interrogatoire des parents et établir ainsi un bilan qui doit conduire à la connaissance de l'état de développement de l'enfant, du milieu dans lequel il vit et se développe, de ses possibilités scolaires.

Ce bilan comporte donc :

— *Un compte-rendu pédagogique* établi par les maîtres définissant le comportement et la maturation de l'enfant.

— *Une enquête sociale* révélant le milieu familial et social et les conditions dans lesquelles évolue et se développe l'enfant (logement - travail à la maison - sommeil - hygiène - ressources - jeux - comportement, etc...).

— *Un examen médical* orienté :

— en ce qui concerne la santé physique, vers le dépistage des troubles du développement somatique, des troubles moteurs ou sensoriels et des états pathologiques méconnus.

— en ce qui concerne la santé mentale vers le dépistage des troubles du développement intellectuel et du comportement.

Ce bilan une fois établi, servira de moyen de référence pour suivre plus fréquemment et plus spécialement certains enfants paraissant devoir présenter quelques difficultés scolaires ou quelques problèmes.

3. *Pendant les années suivant l'entrée à l'école primaire* (entre 7 et 10 ans).

Vers 7-8 ans : âge du cours élémentaire première année.
Vers 8-9 ans : âge du cours élémentaire deuxième année.
Vers 9-10 ans : âge du cours moyen première année.

La morbidité générale à ces âges étant minime et surtout représentée par les maladies infectieuses aiguës banales (la prévention du R.A.A. pouvant être assurée par prélèvement dans la gorge : streptocoque hémolytique), on peut considérer que *l'examen systématique n'est pas indispensable* quand

— Aucune anomalie clinique n'a été mise en évidence lors des examens antérieurs;

— Aucune maladie intercurrente n'est survenue (connaissance par feuille annuelle de renseignement remplie par la famille);

— La fréquentation scolaire a été régulière (d'après registre d'appel de la classe);

— Le travail scolaire est normal (appréciation des maîtres);

— La tuberculino-réaction est négative;

— L'accroissement pondéral et statural est normal;

— L'examen des urines est négatif;

— L'acuité visuelle et auditive est normale.

Dans les cas contraires, seulement, et à la demande de l'instituteur, des parents ou d'un service social, l'examen médical est pratiqué.

En résumé :

Pour les tranches d'âges comprises entre 7 et 10 ans, il n'est pas pratiqué d'examen médical systématique.

Par contre, un nouveau bilan médico-socio-pédagogique sera pratiqué.

— Pour les élèves « résidus de classe » ou signalés par les éducateurs, les familles ou les Services Sociaux pour toute autre raison.

— Pour les élèves dont la liste est établie à la suite de la préparation de la visite médicale par l'assistante sociale scolaire, en se basant sur les critères définis ci-dessus.

4. *Vers l'âge de 11 ans.*

Correspondant en général au cours moyen deuxième année (septième des lycées), *un nouveau bilan médico-socio-pédagogique* sera effectué pour tous les élèves. Ce bilan est essentiellement axé sur l'orientation scolaire à donner.

— *Au-delà de 11 ans* et jusque vers la quatorzième année, un examen médical sera pratiqué annuellement et assorti d'un bilan médico-socio-pédagogique pour des élèves-problèmes ou les « résidus de classes » signalés par les maîtres.

5. *Dans le courant de la quatorzième année.*

Au moment où se situe l'orientation de l'écolier vers le deuxième cycle ou l'apprentissage, *il sera établi un nouveau bilan médico-socio-pédagogique* axé sur *l'orientation scolaire ou professionnelle;* quel que soit l'ordre d'enseignement auquel appartient l'élève.

C'est, en effet, à cette période que se situera le problème d'orientation vers l'enseignement long, l'enseignement court, l'enseignement professionnel ou les classes dites « d'adaptation au milieu » (quatrième spéciale) prévues par l'actuelle réforme de l'enseignement pour les élèves s'avérant incapables de poursuivre toute scolarité.

6. *Au-delà de 14 ans.*

Un examen médical sera pratiqué annuellement assorti de nouveaux bilans pour les élèves signalés par les éducateurs, ou retenus par les médecins et assistantes sociales scolaires.

L'établissement des bilans médico-socio-pédagogiques est assorti de conseils aux parents ou aux éducateurs, le médecin ou l'assistante sociale scolaires étant appelés à formuler diverses recommandations :

— *d'ordre médical :* orientation vers le médecin de famille, un spécialiste du Service de Santé Scolaire Universitaire, une consultation spécialisée, un dispensaire, etc...

— *d'ordre social :* placement, changement d'établissement avec éventuellement indication de mise en internat ou externat surveillé, inscription à une cantine scolaire, à une colonie de vacances, démarches pour l'obtention de bourse d'études, pour trousseau, etc...

— *d'ordre scolaire :* participation à l'orientation de l'élève, surveillance particulière de l'attitude, changement de place, suggestions concernant l'attitude à avoir vis-à-vis de certains élèves, organisation des horaires, d'une cantine, etc...

— *d'ordre éducatif :* conseils aux parents sur l'hygiène générale, le sommeil, les jeux, l'alimentation, les fréquentations, les loisirs, etc...

Une telle action du Service de Santé Scolaire et Universitaire qui déborde largement le seul cadre technique pour se joindre à l'action éducative générale n'est rendue possible que par les connaissances approfondies de l'organisation scolaire et de l'orientation pédagogique que possèdent les médecins et les assistantes sociales scolaires et grâce à leur intégration au milieu enseignant.

7. *Dans les établissements scolaires à forts effectifs* (lycées, collèges, groupes scolaires importants).

Une assistante sociale scolaire est spécialement affectée aux gros établissements ou à un groupe d'établissements importants totalisant environ 2.500 élèves.

— Par ses contacts renouvelés avec le personnel enseignant, (maîtres, chefs de classe pouvant signaler les chutes de rendement scolaire, apprécier la scolarité).

— Par ses liaisons avec l'administration des établissements (directeur, censeur, surveillant général, pouvant donner des indications sur le comportement, la discipline, etc...).

— Par sa présence de plus en plus généralisée aux conseils de classes.

— Par ses visites dans chaque classe pour préparer la visite médicale (pesées, mensurations, acuité, cuti, etc...).

L'assistante sociale scolaire est à même d'établir la liste des sujets pour lesquels elle sera conduite à recueillir les renseignements sociaux et familiaux indispensables de façon à pouvoir *présenter* ces élèves au Médecin scolaire qui pourra ainsi les examiner en priorité et convoquer éventuellement les parents suivant les renseignements recueillis sur les conditions de vie familiale de l'élève.

En milieu urbain, il est donc possible que les élèves soient examinés médicalement après sélection et enquête sociale préalable.

8. *Dans les écoles rurales.*

Les choses se compliquent du fait de la grande dispersion des écoles et des effectifs souvent réduits, répartis en sections différentes dans une même classe.

A l'occasion des tournées de cuti-réactions précédant la visite médicale, le médecin et l'assistante sociale s'entretiennent avec l'instituteur, le priant de signaler les sujets qui semblent inadaptés; le colloque s'établit aisément entre le médecin et l'assistante sociale et l'instituteur; à la suite de ce colloque la liste des élèves à examiner en priorité pour lesquels l'établisse-

ment d'un bilan médico-socio-pédagogique paraît nécessaire est établi.

Les parents de ces élèves sont alors convoqués à l'école le jour de la lecture des tests tuberculiniques coïncidant avec le jour de l'examen médical. Les parents assistent à cet examen et les renseignements sociaux et familiaux peuvent être ainsi recueillis auprès d'eux par l'assistance sociale et le médecin.

Dans tous les cas, il ne s'agit donc plus pour le médecin d'effectuer des examens médicaux systématiques sous la forme d'examen de praticien pratiqués dans le cadre d'une administration. Il s'agit pour lui de conduire son instigation à partir de problèmes qui lui sont posés comme il le ferait pour mener à bien une observation clinique, provocant les examens complémentaires qu'il juge nécessaires et apportant aux membres de l'équipe médico-socio-pédagogique les conclusions de ses constatations personnelles.

Conclusions

Nous avons fait un tour d'horizon des diverses étiologies de l'inadaptation scolaire. Nous avons vu que l'enfant « anormal » est avant tout « autre », et que le seul critère de la normalité est la possibilité d'une bonne adaptation aux divers milieux dans lesquels il doit vivre : famille, école, atelier, etc...

Notre étude étiologique est partie de deux extrêmes :

— Un enfant constitutionnellement inadapté ne peut s'épanouir dans un milieu normal;

— Un enfant normal peut devenir inadapté s'il doit vivre au sein d'un milieu pathologique, et par la pathogène pour lui.

1° Dans la plupart des cas, en effet, l'enfant est constitutionnellement inadapté.

Sur le plan somatique en premier lieu, qu'il soit infirme moteur, atteint d'une maladie chronique, ou déficient sensoriel : on ne peut demander à un amblyope, à un asthmatique, ou à un enfant atteint de « maladie de Little » d'obtenir des résultats scolaires aussi bons qu'il les aurait souhaités. Il en résulte donc chez lui un sentiment de dévaluation sur le plan scolaire, qui se continuera plus tard sur le plan social.

Sur le plan psychique en second lieu.

Il est des cas où la constitution de l'enfant peut être anormale dès les gênes. Mais nous devons toujours observer une grande prudence dans l'incrimination de l'hérédité. Il y a certainement des encéphalopathies, des débilités héréditaires; mais dans plus d'un cas, le milieu familial et les conditions d'éducation en particulier, contribuent pour une grande part à baisser le niveau mental de l'enfant.

C'est pourquoi il existe tant de « FAUX DEBILES » qu'ils soient dûs à un absentéisme scolaire, à des déficiences sensorielles ou à un manque de stimulation affective. Ils peuvent souvent simuler à s'y méprendre une arriération intellectuelle lors-

que les acquisitions de base sont si fragiles et dispersées, qu'elles ne permettent pas un plein épanouissement des facultés intellectuelles.

Les vrais débiles, eux, sont fréquemment rencontrés en milieu scolaire. On peut actuellement en faire un dépistage précoce, grâce à l'existence de toute une batterie de tests dont le plus important est représenté par le test « mosaïque de Gille ». Nous ne négligeons pas pour autant les avis donnés par les pédagogues dont l'importance a été démontrée dans la grande enquête sur le « niveau mental des enfants d'âge scolaire », faite en France par le Professeur Heuyer en 1943.

Ces enfants représentent donc des inadaptés constitutionnels. Toute mesure, qu'elle soit médicale, psychologique, ou psycho-pédagogique ne pourra qu'améliorer ces enfants.

2° Mais à côté d'eux existe un lot important d'enfants qui, malgré une intelligence normale sont incapables de suivre la scolarité. Nous y trouvons notamment les « DYSLEXIQUES » et nous avons insisté dans notre étude sur la fréquence de ce syndrome clinique actuellement bien défini et sur la nécessité d'éduquer le milieu enseignant vis-à-vis de ce trouble.

Vient enfin le lot des enfants que l'on nomme « caractériels »; enfants normalement doués, non handicapés par leur état de santé et qui pourtant ne peuvent s'intégrer de façon satisfaisante au milieu scolaire ou restent constamment en « queue » de classe. Ces enfants ne peuvent se plier aux exigences et aux desidérata de la famille. Ce processus de sociobilisation progressive qui constitue l'éducation ne s'effectue pas normalement chez eux. L'enfant a normalement des instincts violents et, suivant que ses freins moraux sont plus ou moins efficaces, le conflit qui en résulte formera sa personnalité ou la déviera. L'entrée dans la scolarité élargit le champ des conflits : tel enfant ne supportera pas la férule du maître, tel autre n'arrivera pas à s'intégrer dans un groupe enfantin. En résulteront des comportements anormaux qui perturberont la scolarité; et celle-ci le sera d'autant plus que le milieu familial lui-même est pathologique. Cette inadaptation, de familiale deviendra scolaire, ou inversement. Et si l'influence néfaste persiste, le chemin est ouvert à la délinquance pour peu que le terrain soit constitutionnellement réceptif.

Mais les troubles du comportement constatés chez l'enfant n'ont pas toujours la signification fâcheuse que nous venons de leur donner. En effet, comme le disent C. Koupernik et J. Trelat, « Le cerveau de l'enfant et partant, son psychisme, sont en perpétuelle évolution. Et l'enfant lui-même est tenu sans cesse à de nouvelles adaptations à un milieu dont les exigences se transforment. Un cerveau diminué, partiellement mutilé, moins souple, moins adaptable, n'arrivera pas à suivre le mouvement. Mais,

en même temps, cette souplesse, cette variabilité du psychisme enfantin, sa labilité, expliqueront que l'on sera amené à constater chez lui bien plus souvent que chez l'adulte des désordres passagers quasi-fonctionnels ». Et bien souvent le médecin scolaire devra se souvenir qu'il existe « des états-limites où se produit un conflit entre un enfant et un milieu dont aucun n'est franchement pathologique, mais, dont la conjoncture est explosive ».

Vu : *le Président,*
SOREL.

Vu : *le Doyen,*
LAZORTHES.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 3 novembre 1960.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN.

Bibliographie

ABEL (Brigitte). — « L'écolier immobile ». *Cahiers de l'enfance*, n° 24, mars 1956, pages 48 à 52.

AUBENAS (R.). — Rôle du psychologue scolaire à l'école. *L'Education Nationale*, n° 12, 22 mars 1956, page 7.

DE AJURIAGUERRA. — 1° « A propos des troubles de l'apprentissage de la lecture; Critiques méthodologiques ». *Enfance*, novembre - décembre 1951, pages 389-399. Numéro spécial : L'apprentissage de la lecture et ses troubles.

— 2° « Vue d'ensemble sur les troubles d'évolution de la motricité, du langage et du caractère à disfonctionnement conjoint ». *Sauvegarde de l'enfance, juin 1949.*

AJURIAGUERRA, BOREL-MAISONNY, CHASSAGNY, GALIPET-GRANJON. — Dyslexie. *Enfance*, décembre 1951.

AJURIAGUERRA et DIATKINE. — Le problème de la débilité motrice. *Sauvegarde de l'enfance*, juin 1948, n° 22.

AVRIL (J.). — Rôle possible du médecin scolaire devant les anomalies psychologiques de l'enfant. *Hygiène et Médecine Scolaire*, n° 4, 1958, page 200.

Professeur BARDIER. — L'aspect médical des encéphalopathies motrices infantiles. *Médecine - Education physique et Sports*, 1958 (III), page 225.

BESLAIS et FENE. — L'Unesco et les programmes scolaires. *Education Nationale*, n° 19, page 7.

BODIN (P.). — L'adaptation de l'enfant au milieu scolaire.

BOURDIAL, DEHAIN, COUSSIEU. — Otites chroniques de l'enfance. Communication au 53e Congrès d'O.R.L. *Presse Médicale*, n° 11, 8 février 1956.

BOURRAT. — Instabilité psycho-motrice chez l'enfant et l'adolescent. Journées Hygiène Scolaire Lyon, 29 septembre au 20 octobre 1950.

BOURRAT, DECHANNE. — L'Enfance irrégulière.

BOUTONNIER (J.). — L'arriération affective de l'enfant. *Enfance*, n° 1, janvier-février 1947, page 46.

BRET (J.) et ROLHER (C.). — Incidences neuropsychiatriques des cardiopathies congénitales chez l'enfant. *Pédiatrie*, n° 1, 1956.

CARLEVARO et OUILLON. — Le dépistage des amblyopes dans les écoles maternelles au moyen d'une méthode opto-psycho-pédagogique. *Presse Médicale*, n° 17, 29 février 1956, page 387.

CATHALA (J.). — Les difficultés scolaires. *Presse Médicale*, n° 84, 17 décembre 1955, page 1739.

CAYET (R.). — La prévention de l'inadaptation juvénile. *Revue des praticiens*, n° 5, du 11 février 1956, page 551.

CHAZAL (Jean). — 1) L'enfant dont on a méconnu les besoins. Témoignage d'un juge. *Education*, n° 50, pages 143-148.
— 2) Du conflit familial au conflit avec la Société. *L'Ecole des Parents*, n° 10.
Professeur CHRISTIAENS. — L'inadaptation scolaire, antichambre de l'inadaptation sociale. *Cahiers de l'enfance inadaptée*, n° 19, page 35.
Compte-rendu des travaux de la Conférence européenne d'Hygiène scolaire, Grenoble 1954. — « L'Equipe de travail d'hygiène scolaire ».
DAVID (M.), FOURESTIER (M.), HUGUET (R.). — A la recherche d'un meilleur équilibre intellectuel et physiologique chez le jeune écolier. Les expériences scolaires de Vanves et les classes de neige. *S.S.S.U.*, n° 8.
Professeur DEBRE. — Problèmes de Pneumophtisiologie infantile. *Semaine Hôpitaux*, n° 3, 14 janvier 1956, page 127.
DELTHIL (Mme). — Les enfants amblyopes. *Presse Médicale*, n° 17, 29 février 1956; *Semaine Hôpitaux*, n° 12, 22 février 1956.
DERIBIERE (M.), Secrétaire général du Centre d'informations de la couleur. — La couleur et la lumière dans les collectivités. *Revue de l'Econome*, n° 246, page 56.
DERIVIERE (R.). — Les causes physiques du déficit scolaire. *Enfance*, n° 3, mai-juin 1951, page 269.
DIATKINE. — Le bégaiement (Thèse 1949).
— Le Médecin devant l'enfant dit « nerveux ». *Médecin pratique*, octobre 1959, n° 44.
DONZELOT (P.). — La vie collective et l'équipement scolaire, universitaire et sportif. *Revue l'Econome*, n° 272.
DOUADY, SAPPEY, SAGOT. — Le dépistage tuberculinique des contaminations tuberculeuses dans les collectivités scolaires. Essai d'un indice périodique de contaminations. *Semaine des Hôpitaux*, n° 3, 14 janvier 1956.
DUBLINEAU. — Les grandes crises de l'enfance.
DUBUISSON. — Un inadapté scolaire : l'asthénique. *Enfance*, n° 3, mai-juin 1949, page 230.
Education Nationale. — Compte-rendu sur l'activité du Service (année 1956-1957).
Les Enfants de Buchenwald. — Genève 1946 (Rapport publié par la première équipe médico-sociale JOINTOSE à la suite de son enquête faite à Buchenwald).
FAVEZ, BOUTONNIER. — Le rôle de la mère dans la vie familiale. *Strasbourg Médical*, 1959, n° 2, page 121.
GRIMOUD (P.). — Examen de l'audition chez l'enfant. Données actuelles. (*Toulouse Médical*, n° 3, 1955, page 181).
G. HEUYER. — 1) Les enfants inadaptés. *S.S.S.U.*, n° 2, page 3.
— 2) Psychopathologie de l'enfant victime de la guerre. *Sauvegarde de* l'enfance, 1948, n° 17.
HEUYER (G.), PIERRON, SAUVY (A.). — Le niveau intellectuel des enfants d'âge scolaire (Enquête faite sur le plan national). *P.U.F.*,
KIENER (S.). — Instabilité psychomotrice constitutionnelle. Réactions du milieu. Conséquences psychologiques pour l'enfant. Thèse, Alger 1954.
KREISLER (L.). — Les troubles du sommeil du jeune enfant. *Médecine infantile*, n° 4, 1958, page 5.
LAUNAY (Cl.). — 1) A propos d'une enquête sur les retards scolaires dans une école parisienne. *Enfance*, n° 2, mars-avril 1948.
— 2) Hygiène mentale scolaire. *Maisons d'enfants de France*, 6e année, n° 26, octobre 1955, page 26.
— 3) Détection mentale et problèmes psychologiques chez les écoliers amblyopes. *Presse Médicale*, n° 17, 29 février 1956, page 387.
— 4) Etude d'une classe d'enfants de 6 à 7 ans inadaptés à la lecture. *Semaine des Hôpitaux*, n° 12, 22 février 1956, page 691.

— 5) Causes du retard du langage chez l'enfant : conduite à tenir. *Revue du Praticien,* tome III, n° 7, page 1211.
LE GALL (A.). — 1) Les insuccès scolaires.
— 2) Caractérologie des enfants et des adolescents à l'usage des parents et des éducateurs.
LELONG (M.), SOULE (M.), WEYL (S.). — Problèmes sociaux et affectifs posés par l'abandon d'un enfant. *Sauvegarde de l'enfance,* n° 5, page 426.
H. LESTRADET. — La scolarité de l'enfant diabétique. *Hygiène et Médecine scolaire,* n° 3, 1955, page 172.
MALE (P.). — Les sens du refus scolaire en psychiatrie infantile. *Neuro-Psychiatrie,* 11, 12 (novembre-décembre) 1955, page 536.
MICHAUX (L.), JUREDIEU (Claire). — Pathologie de l'imagination chez l'enfant et l'adolescent. *Revue du Praticien,* t. III, n° 17, page 1179.
MIGNOT et BAILLY. — Le dépistage précoce des affections mentales. *Revue du Praticien,* n° 5, 11 février 1956, page 547.
MONIN, ELIA (L. d'). — Le Cas Marguerite (Extrait du rapport d'observation sociale présenté à l'Institut d'Etudes Sociales de l'Etat de Bruxelles, « Rôle joué par les conflits affectifs dans les demandes de correction paternelle... »). *Le Service Social Bruxelles* 1958, n° 6.
NOAILLES (Y.). — Dyslexie-Dysorthographie. Dépistage scolaire. Thèse Montpellier 1959.
PARIS (R.). — Les causes pratiques de l'inadaptation. *Cahier de l'enfance inadaptée,* 6e année, n° 1.
POROT (M.). — L'enfant et les relations familiales. *P.U.F.* 1954.
PRUDHOMMEAU (M.). — L'enfance anormale, le problème pédagogique et social.
RAVAGLIA et BORIONI. — Scoliosi, strabismo e status dysraphicus. *Minerva Medica Torino* 1957, n° 94.
ROUDINESCO (Mme) et THYES (Jean). — L'enfant gaucher. *Enfance,* n° 12, mars-avril 1948.
ROSENBLUTH (D.), BOWLBY (J.) et ROUDINESCO (J.). — Séparation d'avec la mère en tant qu'expérience traumatisante subie par l'enfant. *Courrier du C.I.E.,* 1951, n° 11.
ROUSSEAU (Y.). — Les troubles de l'instinct maternel. Neuchâtel-Paris, Delachaux et Nestlé, 1955.
SAND (E.). — Les origines des troubles du comportement chez l'enfant. *L'Enfant,* Bruxelles, 1957, n° 6, page 485.
SAPOYNIKOVA (K.). — Microclimat des classes; son importance pour l'état sanitaire des écoliers. *Pediatria Moscou,* janvier 1956, p. 45-50.
SEMAILLE (P. G. A.). — (Thèse Paris 1956). *Semaine des Hôpitaux,* n° 28 : L'éclairage fluorescent est-il nocif?
S.S.S.U., n° 9, avril 1959. Numéro consacré à l'étude de l'hygiène du cadre scolaire.
S.S.S.U., n° 2, 1956. Numéro consacré à l'enfance inadaptée.
Supplément du Concours médical, n° 12, 1959. — Les tests mentaux.
Supplément du Concours médical, n° 25, 22 juillet 1957.
Supplément du Concours médical, n° 4, 25 janvier 1958.
SUTTER (J. M.), LUCCIONI (H.), BEGARRA (R.), KIENER (S.), FILIN (M.). — Rôle de l'hyperémotivité dans les inadaptations psychologiques. *Pédiatrie,* n° 7, 1955, pages 771-774.
STAGNARA (P.). — Les scolioses structurales en période de croissance. *Médecine, Education physique et Sport,* 1958 (III).
TARDIEU. — L'infirmité motrice cérébrale chez l'enfant.
Professeurs TERRACOL (Jean), CAMUS (P.), RODDIER (H.). — « Le dépistage des troubles de l'audition chez les enfants en milieu scolaire). Rapport présenté à la Société internationale d'Audiologie Paris 1er mars 1953.
TRELAT (J.). — 1) Sur l'inadaptation scolaire. *Concours médical,* n° 6, 11 février 1956, page 677.

— 2) Retards scolaire par déficiences intellectuelles.
— 3) L'enfant gaucher. *Concours médical,* n° 10, 5 mars 1955, page 999.
VERMEYLIN. — Les débiles mentaux.
WEYL (S.). — La débilité chez l'enfant. *Médecine infantile,* n° 4, 1958, page 27.
ZAHZADNICCK. — Scoliose à l'école. *Pediatricke - Listy* - Prague 1955.
ZARAMON. — Le vagabondage féminin. Causes psychologiques de la prostitution. *Rééducation,* n° 54, page 15.
Circulaire du 24 septembre 1959. — Classement en vue de la pratique des exercices d'Education physique et sportive. Dispenses.
Circulaire du 31 mai 1957. — Contrôle médico sportif des élèves membres des associations sportives des établissements d'enseignement public affiliés à l'office du sport scolaire et universitaire (O.S.S.U.).

Table des matières

INTRODUCTION 11

PREMIERE PARTIE

MEDECINE SCOLAIRE TRADITIONNELLE

1° Dépistage 16
2° Prévention 21
3° Education sanitaire et sociale 21

EXERCICE DE LA MEDECINE SCOLAIRE

Le travail en équipe 22

DEUXIEME PARTIE

EVOLUTION ET ORIENTATION NOUVELLE DE LA MEDECINE SCOLAIRE

Enquête nationale de 1943 sur le niveau mental des enfants d'âge scolaire 28

TROISIEME PARTIE

CARACTERES ET PANORAMA DE L'INADAPTATION SCOLAIRE

CHAPITRE PREMIER

INADAPTATION D'ORIGINE INTRINSEQUE

I. *Troubles d'origine Physique :*
A. Les infirmités motrices 34
B. Les maladies chroniques 36
C. Les troubles sensoriels :
Les mal entendants 37
Les Amblyopes 38

II. *Troubles d'origine Psychique :*
A. Les troubles de l'Intelligence :
1° Les maladies mentales 40
2° L'arriération. Les tests 41
3° Les « faux débiles » 45
4° Anomalie d'utilisation d'une intelligence normale 46
5° La diversité des types d'intelligence 47

B. Les troubles du comportement :
L'Instable 49
Le Paresseux 51
L'Hyperémotif 51
Manifestations antisociales mineures 52

III. *Anomalies du développement Psycho-moteur :*
1° La débilité motrice de Dupré 54
2° Les troubles de la Latéralité :
1° Gaucherie 57
2° Dyslexie - Dysorthographie 58

CHAPITRE SECOND

INADAPTATION D'ORIGINE EXTRINSEQUE

A. *Le milieu familial :*
a) Optique familiale des problèmes scolaires 63
b) Les fautes éducatives 64
Traditionnelles.
Modernes.
c) Les perturbations du milieu familial 66
Structure.
Valeur morale.
d) Cas particulier 68

B. *Le milieu scolaire :*
I. L'Ecole ne doit pas nuire à la santé de l'enfant :
a) Conditions matérielles défectueuses. 69
b) Conditions imposées par le milieu scolaire 72
II. L'Ecole doit assurer l'épanouissement de l'enfant :
1° Education physique et sportive 74
2° Hygiène du matériel et des locaux scolaires 75
3° Expériences scolaires de Vanves :
1. Le mi-temps pédagogique et sportif. 78
2. La classe « avec sieste » 78
3. Les « Classes de Neige » 79

QUATRIEME PARTIE

ORIENTATION ACTUELLE DU SERVICE DE SANTE SCOLAIRE 81

CONCLUSIONS 87

BIBLIOGRAPHIE 91